# L'UNION MÉDICALE

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22.

# L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

## DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

## DU CORPS MÉDICAL



---

RÉDACTEUR EN CHEF : M. le docteur AMÉDÉE LATOUR.

GÉRANT : M. le docteur RICHELOT.

---

TROISIÈME SÉRIE.

TOME TRENTE-DEUXIÈME.



---

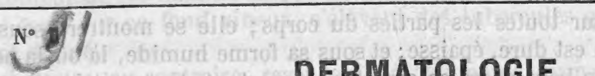
## PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL,

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11.

—

ANNÉE 1881.


L'UNION MÉDICALE

N° 1 — SAMEDI 2 JUILLET 1881

# DERMATOLOGIE

**Hôpital Saint-Louis. — M. E. GUIBOUT.**

## ÉTUDE COMPARATIVE DES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA SYPHILIS, DE LA SCROFULE ET DE LA DARTRE.

TROISIÈME CONFÉRENCE

**Leçon recueillie par M. MARTINET, interne du service.**

Messieurs,

Ceux d'entre vous qui parcourent nos salles, depuis quelque temps déjà, ont été certainement frappés de la difficulté que présente parfois le diagnostic des affections cutanées, relevant de l'une des trois diathèses : syphilitique, scrofuleuse, dartreuse. Toutes trois, en effet, ayant pour terrain commun la peau, se font remarquer par les mêmes productions morbides : la papule, le tubercule, la pustule, etc...; elles ont en outre, dans leurs manifestations, un certain air de famille qui rend la confusion parfaitement possible, à tel point qu'on a vu les plus grands maîtres rester dans l'indécision. Il faut cependant arriver à formuler d'une manière exacte et précise le diagnostic pour pouvoir instituer un traitement rationnel et efficace. Cherchons donc si ces affections ne présentent pas quelques caractères particuliers qui permettent de les distinguer l'une de l'autre.

Ces traits distinctifs, elles les possèdent heureusement, et je vais m'efforcer de les faire saillir à vos yeux. Nous les trouverons en étudiant comparativement le siège, la couleur et la forme de leurs manifestations, leur mode de développement et la manière différente dont elles retentissent sur l'organisme.

La syphilis aime tout particulièrement le front; elle y étale cette série de papules qu'on a désignées sous le nom pittoresque de *corona Veneris*. Elle choisit encore la paume des mains et la plante des pieds; la présence de papules dans les régions palmaire et plantaire vous met en droit de diagnostiquer la syphilis; c'est encore

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Je continue, puisqu'on m'y encourage, à rappeler mes souvenirs de la Faculté parisienne de 1826. Seulement, je serai économe aujourd'hui de mon encre, car j'ai l'intention de donner une grande partie de mon espace à l'un de mes honorables correspondants, qui veut bien concourir à donner plus d'intérêt à ces récits.

* * *

Donc, aussitôt qu'Orfila apparaissait dans l'amphithéâtre, il était accueilli par des applaudissements, auxquels succédait le plus profond silence. C'est qu'il avait le talent de se faire écouter. Ce n'était pas qu'il fût précisément un professeur éloquent; Fourcroy, sous ce rapport, lui avait été de beaucoup supérieur, et dans les leçons célèbres que M. Dumas a données plus tard à cette même Faculté, il aurait, sans nul doute, remporté le prix d'éloquence, comme Thénard, à la Sorbonne, le prix de chimie agréable et amusante, comme au Muséum, Gay-Lussac, le prix de chimie générale et savante.

Orfila professait à la Faculté la chimie qu'il fallait apprendre aux élèves destinés à devenir médecins. On lui reprochait le peu de science, le peu d'élévation de ses leçons et de ses livres. C'était une injustice, car dans toutes ces critiques perçait plus la passion politique que l'appréciation juste de la nature de l'enseignement de la chimie dans les Facultés de médecine.

N'ayant pas eu le plaisir de suivre un cours de M. Wurtz, je ne puis donc dire si ses élèves

à elle que vous rapporterez le pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds chez le nouveau-né.

La dartre se promène sur toutes les parties du corps; elle se montrera sous sa forme sèche, là où la peau est dure, épaisse; et sous sa forme humide, là où la peau est fine. Elle présente à un haut degré ce caractère important, la symétrie, c'est-à-dire une configuration et une disposition identiques des mêmes lésions sur les parties correspondantes du corps.

C'est, au contraire, la face, le nez, les pommettes que recherche la scrofule.

Les manifestations cutanées des trois diathèses qui nous occupent conservent-elles toujours le même siège?

Pour la scrofule, on peut répondre affirmativement; elle reste invariablement fidèle à la région sur laquelle elle s'est développée; elle y parcourt toutes ses périodes, elle n'en bouge pas. Cette fixité de siège a une très grande valeur pour le diagnostic, car la syphilis est essentiellement nomade; elle se promène sur toute l'étendue du corps, l'envahissant tout entier à la fois, ou, région par région, successivement.

Il en est de même de la dartre; elle se promène partout; son siège est toujours variable.

Un autre moyen de diagnostic non moins important nous est fourni par la *couleur*. Les lésions scrofuleuses se font remarquer par leur teinte *rouge*, *vineuse* ou *framboisée*, tandis que vous reconnaîtrez la syphilis à cette teinte cuivrée, ou encore rouge brun, que M. Hardy compare avec raison à la *chair de jambon cru*. La dartre est sans couleur spéciale, c'est-à-dire qu'elle possède toutes les colorations. C'est ainsi que, dans le psoriasis, elle est blanche, et cette blancheur elle-même revêt des tons bien différents; elle est nacrée, argentée, mate ou plâtreuse. D'autres fois, vous verrez les éruptions dartreuses rosées, jaunes, ou d'un rouge vif.

Si maintenant nous étudions les formes sous lesquelles se manifestent les trois diathèses, nous trouverons d'importantes considérations dont il faut tenir grand compte. La syphilis a été comparée à un protée qui se modifie d'un mois à l'autre. Voici un malade qui a aujourd'hui un chancre, accident primitif; eh bien! laissons ce malade sans traitement, laissons-le devenir la proie de la syphilis, et dans quelques semaines il aura de la roséole; au bout d'un mois, des papules; plus tard, des tubercules; et à la période tertiaire, enfin, des croûtes et de profondes ulcérations.

---

retiennent et conservent plus longtemps et en plus grand nombre les souvenirs de ses savantes leçons, que nous, élèves d'Orfila, n'avons conservé le souvenir des siennes. Ce que je sais, c'est que les élèves se précipitaient à son cours, parce qu'il nous indiquait avec une clarté admirable et une patience toute paternelle les programmes des examens, et qu'à ces examens nous trouvions un interrogateur dont les questions claires et précises nous donnaient bonne chance si nous avions retenu, nous ramenant bienveillamment dans le droit chemin si nous nous égarions.

Aussi, dans les périodes les plus critiques de son professorat, et surtout de son décanat, Orfila ne fut jamais abandonné des élèves. Après la Révolution de 1848, il put continuer son cours sans embarras, et il le prolongea jusqu'à sa mort avec le même succès et la même assistance.

On sait ce que furent les obsèques d'Orfila.

C'était un professeur de chimie tel qu'il le fallait à une Faculté de médecine. Pour faire des chimistes de haute volée, les établissements spéciaux ne manquent pas. A moins que l'on ne veuille l'impossible, c'est-à-dire que l'enseignement de nos Facultés et de nos Écoles ne devienne un enseignement complètement encyclopédique et reposant sur le célèbre programme d'Auguste Comte, ou si vous le voulez même d'Ampère, ou si cela vous agrée davantage de d'Alembert et de Diderot, ou si, remontant plus haut encore, vous acceptez le programme de Bacon, il faudra bien, réformateurs de l'enseignement médical, que vous preniez parti contre ceux qui n'acceptent de la médecine que la partie scientifique, que la biologie, et contre ceux qui ne considèrent la médecine que comme un art, une profession, — je n'ose pas dire comme un métier.

Orfila vivait et enseignait à une époque où la médecine ne réclamait pas si bruyamment

Nous rencontrons la même variété de forme, s'il s'agit de la scrofule. Au début, la couleur de ses manifestations est d'un rouge vineux, avec quelques squames, et plus tard, sur ce fond vineux, s'élèvent des tubercules qui s'ulcéreront à un moment donné.

La dartre, au contraire, revêt toujours la même forme pendant toute sa durée. Un premier eczéma peut guérir, mais le principe vicieux est resté latent, et le jour où il se réveillera c'est encore à un eczéma qu'il donnera naissance. On est dartreux avec un psoriasis et toute sa vie on sera dartreux avec un psoriasis.

La syphilis sort du chancre, c'est son œuf, et lorsqu'elle envahit la peau, c'est, en premier lieu, sous forme de taches, qui constituent la roséole. Ces taches peuvent être en nombre infini, disséminées sur toutes les parties du corps, mais elles resteront toujours isolées les unes des autres; jamais vous ne les trouverez confluentes.

La dartre commence par de petits points qui se rapprochent, et finissent par se fusionner, d'où confluence. Plus la diathèse est ancienne, et plus ses manifestations occupent une grande surface du corps; dans l'herpétide maligne exfoliatrice, pas un point de la peau ne reste sain. Du côté de la syphilis, au contraire, plus la diathèse est ancienne, et plus les manifestations cutanées se restreignent, se limitent, se resserrent, se groupent dans une ou deux régions du corps; elles laissent saine la plus grande partie de la peau et constituent alors ces lésions partielles décrites par M. Hardy sous le nom de *syphilides tardives*, en groupes.

A un certain moment de son évolution, la syphilis quitte la peau et atteint les viscères, imitant en cela la dartre, dans le cours de laquelle la peau cesse souvent d'être malade, tandis que certains organes internes sont envahis par le tubercule ou le cancer.

La scrofule détruit les tissus, de la surface à la profondeur; la syphilis a une marche inverse, elle va de la profondeur à la surface. Dans les deux cas, la charpente osseuse et cartilagineuse du nez peut être détruite et le nez peut être aplati; mais si la peau est restée saine, diagnostiquez la syphilis; au contraire a-t-elle été ulcérée avant la destruction de la charpente osseuse ou cartilagineuse, diagnostiquez la scrofule.

Il me reste, Messieurs, à vous parler des phénomènes subjectifs, c'est-à-dire des troubles locaux et généraux perçus par le malade. Nous nous occuperons d'abord de la douleur; elle fait presque défaut dans la syphilis, dont les éruptions cutanées ne

---

cette exultation scientifique, ni n'acceptait non plus cette dédaigneuse appellation. Pour Orfila, dont l'esprit juste, droit et bien équilibré voyait dans la médecine ce qu'il fallait raisonnablement y voir, la médecine et ses éléments scientifiques, l'anatomie, la physiologie et les recherches de laboratoire et d'expérimentation, surtout en ce qui concerne la médecine légale; pour Orfila, dis-je, la médecine était aussi un art dont toutes les applications aboutissaient à la clinique.

Je ne vois pas, en vérité, que, depuis Orfila, et malgré les conquêtes du microscope et les études d'histologie, les choses aient beaucoup changé au fond. Si, d'un côté, les prétentions scientifiques ont augmenté, de l'autre les revendications de la clinique sont devenues plus accentuées et, en somme, la médecine est restée ce qu'elle était du temps d'Orfila, une science et un art.

Permettez-moi de vous présenter, maintenant, le plus laid des professeurs de France et de Navarre, mais dont la physionomie fine et spirituelle faisait oublier la laideur, et dont le talent professoral attirait la foule autour de sa chaire. C'était M. Pelletan, professeur de physique médicale.

Je ne crois pas que la Faculté de médecine de Paris ait jamais possédé un professeur plus disert, plus abondant, d'un verbe plus facile et revêtant son discours d'une phraséologie plus élégante. L'homme de ces temps-ci qui me l'a le mieux rappelé est un conférencier célèbre que je ne nomme pas de peur de lui nuire dans une compétition qu'il poursuit en ce moment. Même abondance, même facilité, même style sonore, semé de figures et de tropes, mais aussi même vacuité, même inanité d'idées, même pauvreté de pensées. On allait à la leçon de Pelletan comme on allait au concert du jardin du Luxembourg et ce qu'on en rapportait était dans les deux cas comparable.

donnent lieu à aucune démangeaison; il en est de même des ulcérations syphilitiques; vous verrez les amygdales, rongées par de profondes ulcérations syphilitiques, n'éveiller aucune sensation douloureuse et passer quelquefois inaperçues. Comparez cette indolence aux souffrances qu'occasionnent les plus légers mouvements de déglutition dans l'angine simple.

Du côté de la dartre, on constate presque toujours de la douleur. S'agit-il du lichen, c'est comme si des milliers de pointes d'aiguille pénétraient dans la peau; l'eczéma se fait remarquer par une sensation de tension, de cuisson, de brûlure, de démangeaison, et, dans le prurigo, c'est encore une démangeaison, quelquefois d'une intensité excessive. Chose remarquable, dans les affections secrétantes, la douleur s'éteint pendant la période de sécrétion, pour reparaître ensuite quand la sécrétion a cessé.

Dans la scrofule, il n'y a jamais de douleur, les désastres les plus épouvantables n sont exempts.

Et maintenant, quelle est l'influence de ces trois diathèses sur la santé générale? Les éruptions syphilitiques sont habituellement accompagnées de troubles généraux; elles ne sont pas douloureuses par elles-mêmes, mais elles éveillent une perturbation générale, de la fièvre (fièvre syphilitique), des douleurs musculaires, des névralgies à type intermittent nocturne, des arthralgies, de l'inappétence.

Les lésions herpétiques, le plus souvent douloureuses par elles-mêmes, sont habituellement une condition de santé. C'est ainsi que certaines bronchites, certaines dyspepsies, se trouvent améliorées et même guéries, quand une éruption herpétique ancienne, qui avait disparu, qui était rentrée, est de nouveau sortie. Il ne faut pas cependant que les lésions de la peau soient par trop étendues, car, dans ce cas, les fonctions physiologiques de la peau étant plus ou moins abolies, le malade tomberait dans un véritable état cachectique. Tel est le cas de l'herpétide maligne exfoliatrice, ou de l'eczéma tout à fait généralisé.

Pour ce qui est de la scrofule, vous la verrez opérer les destructions organiques les plus étendues, les plus profondes, les plus hideuses, sans que la santé générale en soit aucunement troublée. Cependant il arrive un moment, où, elle aussi, comme l'herpétis, comme la syphilis, amène une cachexie de laquelle le malade a beaucoup de peine à se relever, quand il n'y succombe pas.

---

***

Si vous le permettez, je vais donner la parole, je ne dirai pas à l'un de mes contemporains, je le crois plus jeune que moi de deux ou trois ans, mais qui connaît bien le sujet dont je vous entretiens :

Clermont, 22 juin 1881.

Mon cher confrère,

En écrivant dernièrement à M. Richelot père pour le remercier des paroles flatteuses qu'il avait dites sur mon compte au sujet du Congrès d'Alger, je le chargeais de me rappeler au bon souvenir de son collaborateur Amédée Latour. Hier encore, au Mont-Dore, nous causions de vous, et je lui disais combien vos articles hebdomadaires m'intéressaient. Vous passiez en revue les professeurs de la Faculté; plusieurs d'entre eux étaient les amis de mon père. Grâce à cette intimité, j'ai pu voir de très près quelques-uns de ces messieurs dont j'ai été l'interne à l'Hôtel-Dieu et apprécier leur côté brillant, sans laisser cependant dans l'ombre leur côté défectueux.

Breschet, qui était à plat ventre devant Dupuytren, n'en a reçu que des rebuffades; il pouvait être bon anatomiste, mais quel pauvre chirurgien! Un jour, pour faire l'opération du phymosis, il entre sa sonde cannelée dans le canal de l'urèthre et divise le gland dans toute son épaisseur.

Peyrot, qui était un de nos collègues de l'internat les plus spirituels, disait un jour où il devait faire une opération : « Breschet prescrit aujourd'hui un grand nombre de saignées, c'est pour s'accoutumer à la vue du sang. »

Lorsque Dupuytren revint d'Italie, j'étais interne dans son service; il nous fit dire que le lendemain il reprendrait ses visites à 7 heures; il ne prévint même pas Breschet, et, comme

## BIBLIOTHÈQUE

**DES DYSPEPSIES GASTRO-INTESTINALES. — CLINIQUE PHYSIOLOGIQUE**, par le professeur G. Sée. Paris, 1881. Ad. Delahaye et Lecrosnier.

L'étude de la dyspepsie est la meilleure introduction à la connaissance de la pathologie du tube digestif; de là les efforts des auteurs pour élucider la pathogénie et chercher une formule définitive de cet état morbide. Dès les premières pages, le professeur G. Sée aborde la question et affirme catégoriquement, que ses travaux personnels « rompent avec les traditions »; que jusqu'à ce jour « on a manqué de précision », en n'étudiant que la dyspepsie gastrique; qu'on a « manqué de clarté » en comprenant sous le nom de dyspepsie « tous les troubles gastriques » et qu'on a consacré « une hérésie pathologique en confondant la dyspepsie avec la gastrite simple ou catarrhale ». C'est là, assurément, une profession de foi parfaitement nette et une critique bien sévère. La concision de cette critique est regrettable pour nous autres lecteurs, qui comptions trouver les considérants d'un jugement aussi rigoureux, ou tout au moins une appréciation moins brève des travaux de tant d'éminents cliniciens, parmi lesquels il en est, pour ne citer que des morts, tels que Beau, Chomel, Gubler, etc., qui sont l'honneur de la médecine française, et qui ont écrit sur la dyspepsie des pages toujours excellentes à lire ou à consulter au point de vue clinique.

Esquisser l'histoire de la dyspepsie au point de vue des doctrines, devait tenter cependant la plume vigoureuse du savant médecin de l'Hôtel-Dieu. Et quand même on aurait objecté qu'une telle esquisse touchait plus à la dissertation qu'à l'observation, il n'en est pas moins vrai qu'elle était une œuvre de justice en tête d'un tel ouvrage, et au moment d'une rupture formelle « avec les traditions ». D'ailleurs, le livre actuel n'est-il pas un peu une tentative de restauration, au moyen de la chimie physiologique, de l'œuvre de Cullen, de Barras et de Chomel? Tentative d'autant plus éclatante qu'elle survient à l'époque où « les néo-Broussaisiens » de l'école française moderne font rentrer les dyspepsies dans la gastrite, et où l'école allemande les rattache au catarrhe muqueux de l'estomac.

A côté de l'atonie musculaire de Cullen (dyspepsie par akinésie de Loeb), c'est-à-dire d'un trouble fonctionnel musculaire, et de la gastralgie de Barras, c'est-à-dire d'un trouble fonctionnel nerveux, Chomel avait déjà mis en ligne de compte les altérations sécrétoires (dyspepsie acide), c'est-à-dire le trouble fonctionnel glandulaire, et Beau poussant les choses jusqu'au bout, attribuait à l'anémie les symptômes qu'on a expliqués depuis par l'action des nerfs vaso-moteurs. M. Germain Sée met hors de cause la motricité et l'innervation, simples moyens auxiliaires, insuffisants pour produire les dyspepsies. Il laisse également de côté la base anatomique des altérations glandulaires et épithéliales, entrevues dès 1853 par Handfield Jones, étudiées depuis par Fox, Villieme, Vulpian, Leven, et place les causes de la dyspepsie uniquement dans les

---

ce dernier ne se piquait pas précisément d'exactitude, lorsqu'il arriva à 9 heures, je lui dis que la visite était faite. Cette marque d'ingratitude lui fit presque venir les larmes aux yeux.

On pouvait admirer Dupuytren comme chirurgien, mais, comme homme et comme confrère, c'était un triste personnage. Tous les moyens lui étaient bons pour dissimuler ses insuccès.

Boudant m'a souvent raconté qu'en 1829 ou 1830, le roi de Naples était à Paris; son chirurgien suivait tous les matins la visite de l'Hôtel-Dieu.

Une femme est opérée de la fistule lacrymale. La canule de Foubert, qui avait été remise à neuf par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, est introduite dans le canal lacrymal de la malade : « Allez, disait Dupuytren d'un ton solennel aux opérés, vous êtes guéris. » Mais, pour cette dernière, l'instrument avait glissé entre la peau et l'os maxillaire.

Boudant, qui l'avait remarqué, crut faire une action d'éclat en retirant la canule.

Le lendemain, en montant lentement l'escalier de l'Hôtel-Dieu, Dupuytren lui dit gravement : « Qu'avez-vous fait de cette malade? » — « J'ai retiré la canule! » — « Ce n'était pas suffisant, répondit le chef de service, il fallait la mettre à la porte! » — Boudant ajouta : « Je croyais être bien roué, mais il me prouva que je n'étais pas de sa force. » La malade, en effet, devait ne plus reparaître; elle était censée guérie.

Le fait qui s'est passé dans une autre circonstance est encore plus fort, car non-seulement il trompait les élèves, mais sa manière de faire pouvait les engager à imiter sa conduite.

Un malade est opéré d'une hernie étranglée; le sac devait être bien mince, car, du premier coup de bistouri, l'intestin fut divisé. Dupuytren fit un point de suture en mettant les muqueuses en contact et réduisit l'anse suturée. Que devait-il en résulter? Tout naturellement un défaut de réunion et un épanchement de matières dans la cavité abdominale; de là péritonite des plus intenses qui enleva rapidement le pauvre diable.

modifications quantitatives et qualitatives des sécrétions gastro-intestinales. Au moyen d'un groupement habile des faits physiologiques et histochimiques récents, l'auteur développe et consacre la définition qu'il donnait de la dyspepsie dans les leçons professées à l'Hôtel-Dieu (*Raymond. Thèse agrég.* 1878), quand il appliquait ce nom « aux troubles purement fonctionnels de la fonction digestive, en tant que ceux-ci ne relèvent pas d'une lésion anatomique appréciable cliniquement et ayant l'estomac ou l'intestin pour siége. Il existe une véritable solidarité « entre les divers membres de la corporation digestive », et cette solidarité est rompue dans les dyspepsies, par le trouble chimique : telle est la lésion *primordiale*. La douleur, la tympanite, les vomissements, sont des phénomènes *accidentels;* les vertiges, les troubles nerveux, la tristesse, les palpitations, des effets *secondaires*. Quand les lésions anatomiques existent, elles interviennent seulement comme modificatrices de la constitution chimique du suc gastrique, et ne sont que « le *substratum anatomique* de la dyspepsie », qui est purement d'ordre chimique. En résumé, la définition des dyspepsies est contenue dans cette formule : « *Les dyspepsies gastro-intestinales sont des opérations chimiques défectueuses* ».

C'est placer résolûment et uniquement la question sur le terrain de la chimie biologique, mais cette conception hardie répond-elle bien à l'état actuel de la physiologie des voies digestives, et à la notion de la dyspepsie qui est adoptée par la majorité des médecins ? Malgré les travaux de Cl. Bernard, de Bert, etc., etc., on ignore encore quel est le *mécanisme* des sécrétions gastro-intestinales; à quel *moment* du travail digestif se fait la migration du chyme de l'estomac dans l'intestin, et quel est le rôle exact du système nerveux dans les actes de la digestion. Aussi, jusqu'à présent, — et c'est là un des avantages de cette dénomination, — sous le nom de dyspepsie, et mieux encore sous celui d'état dyspeptique, on a groupé les troubles digestifs de toute nature, et de toute cause, indépendants, en apparence du moins dans l'état actuel de la science, de toute lésion anatomique. Cette dénomination, qui ne préjuge rien, qui est en rapport avec la multiplicité des doctrines et des opinions, mérite bien d'être qualifiée : « simplicitas legibus amica ». Le professeur Lasègue était bien l'interprète de l'opinion générale, en écrivant dès 1863 : « La dyspepsie n'est qu'un terme provisoire; mais le temps n'est pas encore venu où il disparaîtra par les progrès de notre savoir ». (*Arch. gén. méd.*, 1863, p. 719.)

Dix-huit ans se sont écoulés depuis la publication de ces lignes, et, malgré les incontestables progrès de l'histochimie, on peut encore se demander avec raison si la physiologie seule, sans la clinique, peut suffire à la tâche de renouveler la pathologie du tube digestif. Aussi, au point de vue clinique, aucun caractère diagnostique ne permettant de différencier les formes de la dyspepsie, il est encore légitime de considérer, avec Gubler, la dyspepsie comme « une collection de phénomènes morbides de provenances très diverses », et de conserver, à titre provisoire du moins, la définition de la dyspepsie donnée en 1864 par Guipon (de Laon), dans un livre essentiellement clinique, que l'on ne cite pas assez, et dont nous recommandons vivement la lecture intéressante : « *La dyspepsie proprement dite est toute*

---

« Vous ferez l'autopsie, me dit-il, et demain, à la leçon, vous viendrez nous en rendre compte. » Il ne me demanda pas, bien entendu, à voir la pièce et encore moins à la montrer.

Lorsqu'il m'aperçut à la porte de l'amphithéâtre, craignant probablement que je ne fusse assez naïf pour dire la vérité, il ne me laissa pas prendre la parole :

« Vous avez trouvé, me dit-il, la plaie parfaitement cicatrisée? » — « Oui, Monsieur, » répliquai-je. Mais, en me retournant vers les élèves qui étaient le plus rapprochés de moi, je leur dis à voix basse : « Vous n'avez qu'à en faire autant, vous verrez quel en sera le résultat. »

Il n'y avait qu'une seule circonstance atténuante à invoquer, c'était la guerre acharnée que lui faisait Lisfranc, qui ne laissait échapper aucune occasion de le critiquer, ce qui devait l'engager à masquer ses revers. Dieu sait s'il l'a appelé longtemps le chirurgien « Péritonitus » de l'Hôtel-Dieu, en faisant allusion à une blessure du péritoine qu'il avait faite en pratiquant la taille sus-pubienne.

Lisfranc, qui flagornait les jeunes gens assidus à sa clinique, agissait bien de la même manière. L'un de ses internes m'a dit qu'après avoir opéré un malade de la cataracte en se servant du procédé de l'abaissement, il voulait à tout prix que cet homme vît clair.

« Dites à ces Messieurs, mon ami, ce que vous voyez. — Rien du tout, dit le malade. — Allons, examinez-les bien, ne les distinguez-vous pas? — Non, monsieur. — C'est une bête brute, dit-il en le repoussant violemment, qui ne sait même pas se rendre compte de ses sensations. »

Un jour un malade, dont il explorait le rectum, lui lâcha tout le contenu liquide dans la main. — « Gardez vos cadeaux, lui dit le chirurgien en chef de la Pitié en lui appliquant la main sur la figure, nous vous les rendons. »

*digestion difficile, douloureuse ou pervertie, par suite tantôt d'un trouble de l'innervation fonctionnelle, tantôt d'un vice sécrétoire des organes digestifs ou de ces diverses causes réunies.* »

Dans ses *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, M. G. Sée divisait les dyspepsies en glandulaires, muqueuses, nervo-vasculaires, mixtes ou réflexes. Depuis cette époque, le rôle des phénomènes chimiques est devenu, pour le médecin de l'Hôtel-Dieu, tout à fait prépondérant dans la pathogénie des dyspepsies. Guipon et d'autres observateurs attribuaient bien « certaines dyspepsies à l'absence, à la diminution ou à « l'excès tantôt de l'élément acide, tantôt du principe fermentifère lui-même » ; mais aucun n'avait fait de toutes les dyspepsies des opérations chimiques défectueuses par altérations du suc gastrique, de cette « *eau forte stomacale* », selon l'expression de Van Helmont. L'auteur arrive donc à cette formule, que toutes les dyspepsies sont le résultat : 1° du degré d'acidité du suc gastrique (excès ou défaut d'acide chlorhydrique) ; 2° de la quantité et surtout de la qualité de la pepsine gastrique ; 3° de l'adultération du suc gastrique par le mucus (dont l'excès exerce un effet suspensif sur l'activité des ferments organisés et favorise la putréfaction) ; 4° de l'adultération du suc gastrique par les peptones en excès (dyspepsie de luxe) ; 5° de l'adultération de ce suc par le défaut de peptones (dyspepsie de misère). Une telle classification doit avoir pour base : soit des caractères cliniques indiscutables ; soit des réactions chimiques nettement définies ; soit enfin des méthodes thérapeutiques, démontrant qu'elles sont efficaces parce qu'elles modifient les sécrétions adultérées.

Au point de vue clinique, il est possible d'établir l'existence des dyspepsies, mais il n'est pas toujours facile, d'après l'auteur, « de trouver leurs origines, qu'il s'agisse des origines vasculo-nerveuses ou bien des conditions générales de l'économie », parce que les troubles vasculaires aboutissent toujours au même résultat (p. 197).

Dans le diagnostic chimique, les réactifs sont « infidèles », et, de plus, ajoute l'auteur relativement à l'acidité du suc gastrique, « la chimie ne nous a pas encore fourni des moyens « certains et expéditifs pour préciser les défaillances de l'acidité stomacale. Quant à la pep- « sine, les propriétés qui la rendent impropre à la digestion sont encore à l'étude. » Dans de telles conditions, comment établir le diagnostic chimique ?

Les méthodes thérapeutiques ne donnent pas de renseignements plus exacts pour distinguer les formes de dyspepsies par défaut d'acide ou de pepsine. En effet, d'une part, l'auteur dit que l'acide chlorhydrique est un médicament inefficace, et, d'autre part, rejette les préparations de pepsine. C'est-à-dire que le traitement chimique échoue dans les dyspepsies de cause chimique. C'est ébranler bien vite, au point de vue pratique, à la distance de quelques lignes, les bases du nouvel édifice scientifique. C'est avouer aussi l'existence d'inconnues non encore résolues dans le problème des dyspepsies gastro-intestinales et la physiologie des sécrétions digestives.

La physiologie est donc loin d'avoir donné sur ce point toutes les notions que la clinique

---

Dupuytren savait du moins se respecter et ne critiquait pas publiquement ses confrères. Je lui ai, une seule fois en parlant de Lisfranc, entendu dire à un de ses élèves : « N'en dites rien au moins à ce grand cocher de fiacre de la Pitié. » Il n'en pensait probablement pas plus de bien que les autres, mais il savait se taire.

Parlez-moi du moins du professeur de clinique de la Charité. En voilà un qui ne dissimulait rien, il prenait à tâche, au contraire, de parler des bévues qu'il avait commises, et Dieu sait si le chapitre était long !

En 1835 j'étais interne à la Charité. Là, tout se faisait paternellement. Roux s'asseyait sur un banc où prenaient place tous les internes et les externes, et on devisait de choses et d'autres en assaisonnant la conversation de quelques citations latines, ce qui lui plaisait fort.

Dupuytren meurt cet hiver. Sa succession, très-enviée, était d'un poids bien lourd pour celui de ses collègues qui serait appelé à le remplacer. M. Roux ne craignit pas d'affronter cette épreuve, mais il n'eut pas lieu de s'en applaudir. Opérateur fort habile, très érudit, il bredouillait en parlant, aussi l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu fut-il bientôt abandonné.

J'étais resté trois ans à l'Hôtel-Dieu, une année comme externe chez Chomel, les deux autres en qualité d'interne chez Breschet et Dupuytren ; je connaissais à fond tout le personnel de la maison.

M. Roux me proposa de m'emmener avec lui ou plutôt m'engagea à l'y accompagner. Malgré la position fausse que cela devait me créer en enlevant la place de l'un des internes du service, je n'osai pas refuser.

Il trouva dans le personnel de l'internat de l'Hôtel-Dieu une opposition sourde et formidable. Malheureusement ses premières opérations ne furent pas brillantes. En opérant une hydrocèle, il injecte le liquide dans l'épaisseur des bourses ; un homme à qui il désarticule le bras meurt séance tenante d'une introduction d'air dans les veines.

était en droit d'attendre d'elle. Cependant, immense est le nombre des matériaux qui sont accumulés dans l'ouvrage du savant professeur; mais, dans l'état actuel de la chimie biologique, dont ce livre est un reflet, il faudrait des expériences physiologiques et des observations multipliées pour légitimer les conclusions de l'auteur, et donner à sa méthode toute sa valeur pour l'avenir. Peut-être aussi l'étude du système nerveux des voies digestives donnera-t-elle la clef de certains de ces troubles chimiques, dont les changements ont des analogies avec ces modifications que le professeur Brown-Séquard a signalées dans ce qu'il nomme les *phénomènes d'arrêt des échanges.* D'ailleurs, c'est un fait de vulgaire tradition, dans la clinique, qu'il existe des relations de fréquence entre les accidents nerveux et les troubles digestifs.

C'est encore par l'adultération des sécrétions et par une opération chimique défectueuse que le professeur G. Sée explique la pathogénie des dyspepsies urémique, glycémique, alcoolique, tuberculeuse. Il rejette les dyspepsies du rhumatisme, de l'herpès, de la syphilis, du nicotisme. Relativement à cette dernière cause, remarquons qu'à la page 149, le nicotisme, d'après l'auteur, ne peut déterminer la dyspepsie; tandis que, quatorze pages plus loin, le tabac est accusé de « déterminer tantôt une véritable dyspepsie et tantôt une gastrite » ; l'une et l'autre cédant « facilement à la suppression de la cause. » Il y aurait donc d'autres lésions primitives dans les dyspepsies nicotiques que des altérations du suc gastrique.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, sous le nom de *pseudo-dyspepsies,* l'auteur étudie des états morbides du tube digestif, caractérisés par le cortége symptomatique de la dyspepsie vraie. Ces états constituent tous les *atonies intestinales;* à l'exception d'un seul, l'*atonie spasmodique de l'estomac.* Sous ce nom, M. G. Sée désigne les troubles symptomatiques de la gastralgie. Tour à tour considérée comme un phénomène de la gastrite chronique ou un symptôme de l'ulcère simple, la gastralgie est, pour l'auteur, « une dénomination vague, conjecturale, fallacieuse dans ses applications ». Aussi, sous le nom d'atonie spasmodique de l'estomac, il désigne ce groupe morbide caractérisé par la douleur et le météorisme. L'atonie précède le spasme; elle est le résultat de la distension de la tunique musculeuse par les gaz. La tension étant parvenue à un certain degré, les fibres musculaires entrent en contracture; d'où un spasme donnant lieu à une crampe douloureuse, ou cardialgie. De la succession chronologique de l'atonie et du spasme est venue l'idée de la nouvelle dénomination. Un autre chapitre remarquable est celui de l'atonie hémorrhoïdaire. Quel que soit donc le point de vue auquel on se place, la description des atonies intestinales est certainement le chapitre capital du livre du professeur Sée.

L'étude des médications diverses fait l'objet de la troisième partie. Nous avons noté plus haut les doutes que l'auteur émet sur la valeur thérapeutique de l'acide chlorhydrique, — « pour lequel la théorie dit oui et les faits cliniques n'ont pas encore forcé la conviction » ;

---

Si on n'osait pas le critiquer ouvertement, on ne se gênait guère avec moi. On lui reprochait trop de hardiesse dans ses opérations qu'il faisait, je dois bien le dire, un peu lestement, sans se donner la peine de bien établir son diagnostic; il n'était pas assez médecin. Mais, en fait de hardiesse, Dieu sait s'il a été dépassé par la jeune génération chirurgicale qui lui a succédé en s'abritant sous le procédé de Lister. C'est à qui enlèvera le plus gros morceau; Roux passerait assurément aujourd'hui pour un chirurgien timide. Les salles des hôpitaux de Paris me font l'effet de laboratoires. Comme je le disais un jour à M. Bergeron, c'est un torrent que l'on aura de la peine à arrêter. Les uns le font pour attirer les élèves à leurs leçons, les autres pour y gagner de l'argent! Si à Paris, comme en province, on avait toute la famille sur le dos on serait plus prudent ou plus circonspect.

Si quelques-uns de ces détails pouvaient vous intéresser et trouver place dans votre feuilleton du samedi, je m'estimerais heureux de vous les avoir transmis; dans le cas contraire, mettez ma lettre au panier, elle m'aura toujours servi à avoir de vos nouvelles et à vous donner des miennes et de celles de notre ami Richelot.

Votre tout dévoué,

D[r] FLEURY,

**Directeur de l'École de médecine de Clermont.**

Merci, très honoré et savant confrère, de l'intérêt que vous portez à mes *Causeries.* C'est pour elles un très honorable hommage. Croyez que je n'ai pas non plus perdu le souvenir de ces charmantes soirées que nous passions au café Procope avec A. Andral, Vidal (de Cassis), Grisolle, Valleix, Lenoir et tant d'autres qui dorment leur dernier sommeil. Vous étiez, par exemple, de première force au double blanc, et j'ai sur le cœur le nombre de demi-tasses que vous m'avez gagnées. Il est vrai que j'étais une mazette; tout le monde, et pour cause, voulait jouer avec moi, et j'avais la naïveté de croire que c'était à cause de ma réputation de bon joueur!!

D[r] SIMPLICE.

— de la pepsine, des ferments pancréatiques, — « qui sont bons à tout faire, à tout digérer ». A ce sujet, l'auteur prononce contre l'empirisme pharmaceutique un jugement sévère, mais très justifié.

Il faut noter les chapitres relatifs aux peptones, qui sont favorables dans les dyspepsies graves et les obstructions des voies digestives supérieures; — à l'acide salicylique, utile comme antiputride dans certaines digestions qui ne sont plus des *fermentations*, mais des *putréfactions;* — au lavage stomacal; — aux eaux minérales, aux purgatifs et au régime. La table de digestibilité des aliments n'est pas aussi complète que celle publiée par Leared (*On imperfect. diges. London*, 1875, p. 143). C'est là, du reste, un point secondaire, étant donné la variabilité de la digestion chez un même individu, nourri des mêmes aliments et dans les mêmes conditions.

La variabilité, tel est, en effet, le caractère des phénomènes digestifs normaux ou pathologiques, et aussi l'un des motifs pour lesquels on conservera encore longtemps au mot dyspepsie sa signification vague et peu précise.

L'ouvrage actuel est une tentative originale et hardie de placer la loi de ces phénomènes dans les opérations chimiques gastro-intestinales. C'est à l'avenir de confirmer ou d'infirmer les conceptions de l'auteur, et de dire si elles pourront prévaloir contre la doctrine des lésions anatomiques primitives. En tout cas, la lecture de cet ouvrage est importante pour le physiologiste et utile au médecin; étant admis dans la pathologie, le rôle important du tube digestif, dont on a dit avec raison : « Omnibus dat et ab omnibus accipit ».

Dr Ch. Éloy.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

Voici le complément de la note de M. Couty, sur le mécanisme des troubles produits par les lésions corticales.

« Après avoir essayé de montrer, précédemment, que l'on ne peut pas localiser dans diverses parties du cerveau chacune des fonctions sensitives ou motrices, je voudrais pousser plus loin l'analyse de ces observations complexes.

Les singes ou les chiens auxquels on fait d'un côté une lésion corticale limitée ne ressemblent nullement aux animaux auxquels on a détruit ou enlevé tout le cerveau; et, en dehors des heures qui suivent l'opération ou de celles qui précèdent la mort, ils ne présentent jamais ces phénomènes d'apathie, de somnolence et de perte des mouvements spontanés que l'on a regardés comme caractéristiques de la paralysie cérébrale. Généralement, l'animal dont on a lésé une ou plusieurs circonvolutions redevient bientôt actif et agile, et ses divers actes volitionnels ou instinctifs paraissent complètement intacts; ou, s'ils sont modifiés dans leur exécution, c'est par suite d'un trouble unilatéral du bulbe et de la moelle.

Ce sont ces modifications des fonctions du bulbe et de la moelle qui m'ont paru constituer, dans toutes les expériences, les plus constants et les plus importants de tous les phénomènes; et je voudrais aujourd'hui attirer sur elles l'attention.

Étudions d'abord les mouvements réflexes. Un singe ou un chien a une lésion frontale, un autre une lésion occipitale; celui-ci est paralysé des mouvements ou de la sensibilité du côté opposé, celui là paraît très agile et sent parfaitement ; mais tous présentent une diminution très nette ou une suppression de l'excito-motricité médullaire du côté opposé à la lésion corticale.

Ainsi, tous ces animaux restent immobiles, si l'on gratte ou si l'on pince légèrement les pattes opposées; en marchant, ils laissent glisser ou ils appuient sur le dos des orteils les membres opposés. Les mouvements de mastication, oubliés ou mal exécutés de ce côté, permettent aux aliments de s'accumuler dans la bouche; et, si l'on présente une lumière ou un corps quelconque successivement devant les deux yeux, les paupières opposées à la lésion restent ouvertes et immobiles, tandis que les autres se ferment brusquement.

Ce trouble unilatéral du fonctionnement médullaire ne reste pas borné à l'excito-motricité ; et la coordination des mouvements est, elle aussi, atteinte. Il y a de l'ataxie, ou des tremblements plus ou moins amples, ou des phénomènes de rotation. Les tremblements sont spontanés, ou ils peuvent coïncider avec les mouvements volontaires ou respiratoires; et la rotation affecte des formes variables, en cercle, en boule ou en rayon de roue. Mais, dans tous les cas, ces phénomènes paraissent plus ou moins mélangés sur le même animal; et leur origine médullaire, déjà indiquée par quelques-uns des détails de leur forme, peut être établie par une constatation plus directe.

Sur tous les animaux qui présentent des troubles de la direction ou de la coordination des mouvements, il suffit de fermer les deux yeux pour augmenter considérablement tous ces phénomènes, et pour rendre paralytiques des singes ou des chiens qui auparavant couraient et marchaient parfaitement. Les animaux auxquels on a fait des lésions corticales sont donc, en certains points, comparables aux malades atteints de *tabes dorsalis.*

Leur moelle présente aussi d'autres troubles plus complexes. Ainsi, beaucoup de singes ou de chiens ont paru moins agiles du côté opposé à la lésion corticale; ils se relevaient difficilement, traînaient les pattes de ce côté, ou s'en servaient mal pour grimper, saisir un objet ou pour se défendre contre les excitations diverses.

De même, assez souvent, il y a eu un retard notable de la transmission des excitations sensitives, quand elles portaient sur la peau du côté opposé à la lésion; j'ai vu aussi, mais rarement, des singes gratter ou défendre des points très différents de ceux qui avaient été touchés ou pincés, et faire erreur sur le lieu de l'excitation.

Sur les mêmes animaux, les fonctions vaso-motrices médullaires ont été constamment modifiées. Les pattes du côté opposée étaient plus chaudes, et assez souvent la conjonctive opposée s'est vascularisée et enflammée pendant plusieurs jours. Enfin, presque toutes les autopsies ont fait voir des lésions congestives ou hémorrhagiques, ou de l'infiltration purulente des deux poumons, et surtout du poumon du côté de la lésion.

Cet ensemble d'observations me paraît suffire à établir que les lésions corticales unilatérales et limitées entraînent toujours des modifications profondes des diverses fonctions du bulbe et de la moelle opposés, tandis qu'elles laissent relativement intactes les fonctions du cerveau. Le bulbe et la moelle ne seraient donc pas seulement des lieux de passage, des intermédiaires obligés entre le cerveau resté intact et la périphérie, et ils interviendraient activement dans la production des phénomènes.

La destruction d'une circonvolution, sans action par elle-même, agirait à distance, sur les organes nerveux sous-jacents, par un mécanisme probablement analogue à celui que M. Brown-Sequard a si bien étudié sous le nom d'*inhibition.* Elle irait déterminer dans la moelle et le bulbe des lésions ou des troubles essentiellement irréguliers de forme et d'intensité, quoique plus marqués et plus durables si la destruction corticale est antérieure, fronto-pariétale; et les phénomènes moteurs ou sensitifs qui n'ont aucun rapport habituel ou ordinaire avec la lésion initiale semblent dépendre uniquement de ces modifications consécutives du bulbe et de la moelle.

J'espère pouvoir bientôt fournir d'autres faits qui permettront de donner plus de précision à cette interprétation provisoire. »

M. Marey présente une note sur un nouveau thermographe.

« Il y a une quinzaine d'années que je recherche un instrument capable d'inscrire les variations de la température animale en deux points du corps, afin d'observer les changements que des influences de différents ordres exercent sur la répartition de la température.

J'ai enfin obtenu des résultats satisfaisants au moyen d'une disposition qui consiste à mettre le liquide d'un thermomètre en rapport avec un petit tube de Bourdon, qui change de courbure suivant le degré de dilatation du liquide du thermomètre. Le thermomètre est formé d'un réservoir cylindrique en laiton, de $0^{m},006$ de diamètre sur $0^{m},03$ de longueur; il est prolongé par un tube capillaire de cuivre rouge qui s'ouvre d'autre part dans le tube de Bourdon. Le tout est rempli d'huile et fermé. Sous l'influence des variations de la température l'huile se dilate ou se resserre en modifiant la courbure du tube de Bourdon; les changements de courbure de ce dernier actionnent un levier inscripteur. C'est M. Tatin qui a construit cet instrument et en a en grande partie réglé la disposition.

Dans les expériences de physiologie, l'intérêt principal est de déterminer simultanément l'état de la température dans une partie profonde et dans une partie périphérique; deux des thermographes qui viennent d'être décrits permettent de recueillir les courbes de ces deux températures pendant un temps indéfini. Des tubes flexibles en cuivre rouge réunissent les boules thermométriques aux appareils inscripteurs; on peut donc placer en une région quelconque du corps chacune des boules des deux appareils.

L'inscription simultanée des températures superficielle et profonde montre que, dans les troubles vaso-moteurs, la température animale éprouve des variations de sens inverses dans les régions centrales et périphériques du corps. Ainsi, sous l'influence d'un resserrement vasculaire, la circulation se ralentit et l'on voit les parties périphériques du corps subir les influences du refroidissement sans que la chaleur du sang vienne réparer les pertes. Mais alors la chaleur s'accumule dans les centres, et l'animal présente ce singulier contraste d'un froid extrême à l'extérieur et d'une chaleur exagérée au dedans. C'est l'état dont j'avais prévu l'existence dans le choléra algide et que les médecins ont en effet constaté dans cette maladie. Un relâchement vasculaire, en accélérant la circulation générale, jettera la chaleur aux surfaces

et, tout en produisant une élévation de la température artificielle, refroidira l'intérieur du corps.

Enfin, outre ces modifications de la température animale par des troubles de la circulation, il en est d'autres qui tiennent à ce que la production de chaleur est accrue ou diminuée. Dans ces cas il n'y a pas antagonisme, mais parallélisme entre les variations superficielles et profondes de la température animale. Ainsi, l'inanition refroidit à la fois le centre et la périphérie, tandis que certaines maladies paraissent accroître la production de la chaleur, car elles échauffent à la fois le centre et la périphérie du corps. »

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Hernie crurale étranglée, suture de l'intestin au catgut, adossement de la muqueuse, guérison* (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 11 juin 1881. — Un fait analogue de tous points à celui que nous avons publié dans l'UNION MÉDICALE du 31 mai dernier, vient de se produire dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue, à Bordeaux. M. Rivière, interne du service, publie l'observation d'une femme de 69 ans, qui portait depuis deux jours pleins un étranglement crural paraissant très-serré. Kélotomie le 29 octobre sans taxis préalable; masse épiploïque assez considérable, cachant une anse intestinale dans ses replis; petite perforation de 3 à 4 millimètres sur le bord convexe; « le point perforé, qui est entouré d'un tissu d'apparence absolument normale, est saisi entre les mors d'une pince et soulevé, puis enserré circulairement par un fil de catgut assez fin, qui adosse ainsi la muqueuse à elle-même. » Réduction, pansement de Lister, opium, bouillon glacé; guérison (23 novembre).

M. Rivière cite les auteurs et les opinions divers depuis Velpeau jusqu'à la dernière discussion de la Société de chirurgie. Il dit avec raison que, dans le cas de perforation étroite, la conduite à tenir se résume dans la suture par un procédé très-simple, et la réduction de l'intestin. « Saisissant avec une pince à griffes la paroi intestinale au niveau du point perforé, il suffit de placer circulairement, sur la paroi soulevée par une pince, un fil de catgut et de serrer comme on serre les cordons d'une bourse, adossant ainsi, au niveau de l'orifice, la muqueuse à elle-même. » L'observation qu'il rapporte, et dont il fait remarquer la presque identité avec la nôtre, « est très instructive en ce sens qu'elle semble montrer que cette méthode si simple de ligature en bourse peut s'appliquer aux perforations étroites, et qu'il n'est pas nécessaire, dans ces cas, de l'adossement des séreuses pour mener à bonne fin l'intervention chirurgicale. » Nous croyons, en effet, que ce procédé doit suffire dans les cas dont il s'agit, mais à la condition d'employer un fil de catgut. Car c'est peut-être l'emploi des fils d'argent ou de soie ordinaire qui, en irritant trop vivement les tissus à titre de corps étranger non résorbable, rend insuffisant l'adossement de la muqueuse et préférable celui de la séreuse. Toutefois, si nous n'avions pas de catgut sous la main, nous ne penserions pas faire une imprudence en nous servant d'un fil de soie phéniquée. — L.-G. R.

## CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro du 14 juin de l'UNION, vous reproduisez la formule de la potion que j'emploie contre la variole, formule exprimée ainsi :

| | |
|---|---|
| « Acide salicylique. . . . . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Alcool. . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 9 — |
| Sirop simple. . . . . . . . . . . . . . . . | 15 à 20 grammes. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . | 60 grammes. |

« F. s. a. une potion, qu'on administre par cuillerées dès les premiers jours de l'éruption varioleuse, et dont on continue l'usage jusqu'à ce que les pustules commencent à s'affaisser, c'est-à-dire, d'après l'auteur, pendant sept à huit jours. Selon lui, l'acide salicylique aurait pour effet de modérer l'éruption et la fièvre, et de calmer le système nerveux. ».

— Mais, honoré confrère, vous oubliez une recommandation à laquelle j'attache la plus grande importance, et c'est la suivante :

On devra faire prendre au malade une cuillerée à bouche de la potion, toutes les six heures, dans les cas ordinaires; toutes les quatre heures, dans les cas graves, ou lorsqu'on est appelé un peu tard (1).

(1) Voy. mon mémoire : *Du traitement abortif et curatif de la variole.* Librairie Masson.

Le *modus faciendi* est réputé, avec juste raison, entrer pour beaucoup dans le succès de certaines médications, et c'est bien là le cas. Voici pourquoi :

La variole étant considérée comme le type des maladies à ferments, j'ai imaginé, depuis quelque temps, de l'attaquer par l'acide salicylique, agent tout-puissant contre les fermentations, comme chacun sait, soit qu'on veuille conserver le vin, le lait, la bière, les viandes, etc., etc.

Par suite de visées analogiques, j'ai cru qu'il pourrait enrayer ou modérer les fermentations morbides. Je l'ai donc essayé contre la variole, et je crois avoir obtenu des succès marquants.

Pour atteindre mon but, je tenais mes variolés sous l'influence de l'agent thérapeutique pendant tout le cours de la maladie, et je renouvelais les prises du médicament toutes les six heures, parce que cet héroïque agent met à peu près le même laps de temps pour être éliminé de l'organisme. Il ne fallait donc pas laisser l'économie désemparée.

C'est là, si je ne me trompe, une application pathologique des doctrines sur les ferments de M. Pasteur.

Agréez, etc. D^r BOUYER.

Saint-Pierre-de-Fursac, 26 juin 1881.

## FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA BLÉPHARITE CILIAIRE. — HAYER.

Iodoforme . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1 gramme.
Vaseline . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4 —

Mêlez. — Onctions sur les paupières, dans la blépharite ciliaire chronique.

Dans les formes subaiguës d'ophthalmie phlycténulaire et pustuleuse, dans la kératite chronique, l'auteur applique directement la poudre fine d'iodoforme sur les surfaces affectées, au moyen d'un pinceau à aquarelle, et cette application ne paraît point douloureuse. — N. G.

## COURRIER

NÉCROLOGIE. — Une nouvelle vraiment atroce nous arrive à l'instant. M. Maurice Raynaud a succombé dans la nuit de mercredi à jeudi à un épouvantable accès d'angine de poitrine, malgré les soins les plus empressés qui lui ont été prodigués par le médecin de Bellevue, M. le docteur Groussin, M. le docteur Tartivel, et son collègue et son médecin M. le docteur Féréol. Notre douleur est trop poignante pour qu'il nous soit possible de dire aujourd'hui toute l'étendue de la perte que viennent de faire la science et la profession.

Les obsèques de M. Maurice Raynaud auront lieu samedi à midi, à l'église Saint-Eugène.

On se réunira au domicile du défunt, 44, rue des Petites-Écuries.

Cette mort n'est pas la seule qui vienne attrister la Faculté et le monde médical. M. Chantreuil, qui suppléait M. le professeur Pajot, était à son poste et bien portant il y a quelques jours à peine, il vient de succomber à une perforation intestinale. La Faculté perd dans MM. Maurice Raynaud et Chantreuil deux de ses membres les plus sympathiques; nous ne pouvons aujourd'hui que mentionner ces douloureux évènements qui nous affligent au plus haut degré.

L'Académie des sciences n'échappe pas non plus aux rigueurs de la mort, elle vient de perdre l'un de ses membres les plus illustres. M. Henri-Étienne Sainte-Claire Deville a succombé la nuit dernière à Boulogne-sur-Seine, à peine âgé de 63 ans. Savant de premier ordre, M. Sainte-Claire Deville était un excellent professeur.

— Les médecins et pharmaciens appartenant à la réserve avec le grade d'officier ne sont pas convoqués pour les manœuvres de corps d'armée, de division et de brigade qui vont avoir lieu cette année.



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C^e, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CHIRURGIE

## L'EXTIRPATION DU LARYNX (1) ;

Considérations par le docteur Andrea CECCHERELLI, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

L'une des plus belles acquisitions faites par la médecine opératoire, dans ces dernières années, est certainement l'extirpation du larynx. C'est désormais un fait bien établi que cette opération doit être classée parmi celles qui sont possibles, car elle a subi l'épreuve de l'expérimentation et de la clinique. Il est certain, et cela sans le moindre doute, qu'on peut et que, dans quelques cas, on doit extirper le larynx, puisque cette opération ne compromet pas nécessairement la vie. La discussion ne peut exister aujourd'hui que sur deux points seulement : 1° quelle est la meilleure méthode opératoire et quelles sont les précautions à prendre avant et après l'opération; 2° quand doit-on avoir recours à cette opération.

Je ne veux pas m'occuper de la première question, parce que les précautions à prendre ont été suffisamment exposées déjà par les différents chirurgiens qui ont extirpé le larynx, et qu'on pourrait les résumer en quelques mots. Je ne veux pas davantage parler du manuel opératoire, parce que les discussions me paraissent inutiles, attendu qu'il s'agit ici d'une opération et non d'une méthode, et que, par conséquent, le chirurgien y apporte des modifications en prenant conseil des circonstances inhérentes à chaque cas.

C'est l'étude de la seconde question qui m'a engagé à écrire ces courtes considérations. A dire vrai, il me semble que, jusqu'ici, on a fait de l'exagération et que cet excès a été très nuisible. Je m'explique :

Je dis franchement que je ne suis pas le moins du monde convaincu que, toutes les fois qu'on a extirpé le larynx, on ait obéi à la nécessité et aux indications. Je ne considère pas le résultat. Il y a eu audace heureuse, mais non prudence de clinicien, considéré non-seulement comme opérateur, mais encore comme pathologiste, ce qui est quelque chose de plus utile. Je ne veux critiquer personne; je ne veux pas donner de noms, et je passe très volontiers sur ce point pour en venir à mes arguments.

Ce fut Czerny (*Medicinische Wochenschrift*, 1870, N. 27, 28) qui, le premier, parla de la possibilité de cette opération au Congrès de chirurgie tenu à Berlin en 1870, en concluant, d'après les expériences faites sur les chiens, qu'elle ne présentait pas de trop grands dangers. Il y eut alors des doutes et de nombreuses critiques, jusqu'à ce qu'elle fut faite pour la première fois le 3 décembre 1873, par Billroth, à Vienne. Le plus grand nombre admira le hardi et habile opérateur, et bien peu élevèrent la voix pour protester.

Depuis, le nombre des opérations s'est accru, et je les résumerai en donnant seulement le diagnostic de la maladie, le résultat et la cause de la mort, quand elle est survenue.

Une distinction doit être faite entre l'extirpation complète du larynx et la résection d'une portion seulement de cet organe.

Je ne connais que cinq cas cités de résection partielle qui sont les suivants :

1° HEINE : homme de 34 ans, opéré le 18 décembre 1874 pour rétrécissement du larynx causé par une chondro-périchondrite ossifiante. — Guéri. — Mort de tuberculose le 2 novembre 1875 (*Resection des Kehlkopfes bei Larngostenose*, in *Archiv für klinische Chirurgie*, Band XIX, Heft III, p. 514.)

2° LANGENBECK : homme de 78 ans, opéré le 15 février 1878 pour un cancer épithélial, enlèvement du pharynx, d'une portion du larynx et de la moitié droite du corps thyroïde. — Mort peu d'heures après. — On trouva une anémie de tous les organes. (*Ueber Extirpation des Pharynx*, in *Archiv für klinische Chirurgie*, Band XXIV, Heft IV, p. 825.)

1) Trad. de l'*Imparziale* de Florence du 15 janvier 1881, p. 12-20.

3° BILLROTH : opération en juillet 1878 pour un carcinome de la moitié gauche du larynx. — Guéri. — Mort environ deux ans après par récidive. (MAX SCHULLER. *Deutsche Chirurgie.* Lief. 37, p. 199.)

4° KOCHER : femme de 50 ans, opérée d'un carcinome en août 1880. — Guérie. (NOVARO, *Dell'estirpazione della laringe*, p. 63.)

5° BRUNS : homme de 20 ans, opéré pour une sténose, en avril 1880. — Guéri. (NOVARO, *op. cit.*, p. 100.)

Les extirpations complètes du larynx sont plus nombreuses et voici toutes celles que j'ai pu recueillir jusqu'à aujourd'hui :

1° BILLROTH : homme de 36 ans, opéré le 31 décembre 1873 pour un carcinome. — Guéri. — Mort trois mois après l'opération par récidive. (GUSSENBAUER. *Ueber die erste durch Th. Billroth am Menschen ausgefuhrte Kehlkopf. Extirpation und die Anwendung eines künstlichen Kehlkopf*, in *Archiv für klinische Chirurgie.* Band XVII, Heft II, p. 343.)

2° HEINE : homme opéré pour un carcinome, le 28 mars 1874. — Guéri. — Mort six mois après de récidive. (KAPFF. *Ueber die Extirpation des Kehlkopfes*, p. 12.)

3° MAAS : homme de 57 ans, opéré le 1er juin 1874, pour un adéno-fibrome carcinomateux. — Mort le 14e jour après l'opération, de pneumonie du lobe inférieur droit. (*Archiv für klinische Chirurgie.* Band XIX, Heft III, p. 507.)

4° SCHMIDT : homme de 56 ans, opéré le 12 août 1874, pour une sténose laryngée. — Guéri. (*Archiv für klinische Chirurgie*, Band XVIII, Heft I, p. 189.)

5° BILLROTH : homme de 54 ans, opéré le 11 novembre 1874, pour carcinome diffus. — Mort au bout de quatre jours de dyspnée consécutive à une expectoration insuffisante (?). (*Chirurgische Klinik*, Wien, 1871-1876, p. 186.

6° SCHONBORN : extirpation faite le 22 janvier 1875, pour un épithélioma. — Mort de pneumonie le 4e jour. (MAAS, *loc. cit.*, p. 512.)

7° BOTTINI : homme de 24 ans, opéré le 6 février 1875, pour un sarcome. — Guéri. (*Giornale della R. Academia di Medicina di Torino.* 1875, p. 418.)

8° LANGENBECK : homme de 57 ans, opéré le 21 juillet 1875 pour une tumeur carcinomateuse du larynx. On extirpa le larynx, l'os hyoïde, le tiers postérieur de la langue, des parties antérieures et latérales du pharynx avec la voûte pharyngo-palatine, une partie de l'œsophage et les ganglions lymphatiques des deux régions sous-maxillaires. — Guéri. — Mort le 23 novembre de récidive. (*Die von Langenbeck Klinik und Poliklinik zu Berlin*, 1875-1876, p. 138; et *Berliner Klin. Wochensch.* 16 août 1875, n. 33, p. 453.)

9° MAAS : homme de 50 ans, opéré le 5 février 1876, pour néoplasme malin. — Guéri. — Mort à la fin de l'année par hémorrhagie provenant du néoplasme récidivé. (*Archiv für klinische Chirurgie.* Band XX, Heft III, p. 335.)

10° REHYER : homme de 60 ans, opéré dans le mois de mai 1876, pour un épithélioma. — Mort de pneumonie le 11e jour (*Kapff. Ueber die Extirpation des Kehlkopfes*, p. 26.)

11° KOSINSKI (de Varsovie) : femme de 34 ans, opérée le 15 mars 1877 pour sténose laryngée due à un carcinome. On ne connait pas le résultat. (*Centralblatt für Chirurgie.* 1877. p. 401.)

12° GERDES : homme de 76 ans, opéré, le 30 mars 1877, pour un néoplasme malin. — Mort d'épuisement le 4e jour. (*Archiv für klinische Chirurgie.* Band XXI, p. 473.)

13° BOTTINI : homme de 48 ans, opéré pour un épithélioma. — Mort le 4e jour. (*Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago. Insuccesso.* — In *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino*, 1877, p. 472.)

14° FOULIS : homme de 28 ans, opéré le 10 septembre 1877, pour un papillome. — Guéri. (LANCET, 1877, vol. II, p. 530.)

15° WEGNER : femme de 52 ans, opérée le 17 septembre 1877, pour un carcinome. — Guérie. (*Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* VIIe Congress, 1878, p. 99.)

16° BRUNS : homme de 54 ans, opéré le 20 janvier 1878, pour un épithélioma ulcéré. — Guéri. — Mort le 2 novembre 1878. (Kapff. *Op. cit.*, p. 34.)

17° : RUBIO : homme de 41 ans, opéré le 11 mai 1878, pour une périchondrite laryngée.

— Mort 5 jours après, de dyspnée. (*Caries y stenose laringea. Exstirpacion total de la laringe.* Madrid, 1878.)

18° Gussenbauer : homme de 24 ans, opéré le 29 mai 1870 pour une tumeur. — Mort un mois après de tuberculose. (Novaro. *Dell'estirpazione della laringe*, p. 45.)

19° Czerny : homme de 46 ans, opéré le 24 août 1878 pour sarcome endo-laryngien. — Guéri. — Mort en décembre 1879 de récidive dans les ganglions cervicaux. (Max Schuller. *Deutsche Chirurgie*, lief. 37, p. 200.)

20° Thiersch : homme de 50 ans, opéré en mai 1879. — Guéri. (Novaro, *op. cit.*, p. 49.)

21° Caselli : femme de 19 ans, opérée pour granulome le 20 septembre 1879. On extirpa le larynx, le pharynx, la base de la langue, le voile du palais et les amygdales. — Guérie. — (*Bollettino delle Scienze mediche di Bologna*, Série VI, vol. V.)

22° Novaro : homme de 63 ans, opéré le 14 juillet 1880, pour sténose laryngée due à une tumeur carcinomateuse. — Guéri. — (Novaro, *op. cit.*, p. 50.)

23° et 24° Thiersch : Ces deux cas ne sont pas encore publiés, mais on sait qu'ils ont été suivis de succès. (Novaro, *op. cit.*, p. 49.)

*(La fin dans un prochain numéro.)*

# DERMATOLOGIE

## ÉTUDE COMPARATIVE DES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA SYPHILIS, DE LA SCROFULE ET DE LA DARTRE.

*A Monsieur le rédacteur en chef de* L'Union Médicale.

Paris, 2 juillet 1881.

Monsieur le rédacteur,

Veuillez me permettre de réparer une omission importante commise par mon excellent interne, M. Martinet, dans la rédaction qu'il a faite de ma conférence sur *l'étude comparative des manifestations cutanées de la syphilis, de la scrofule et de la dartre.* M. Martinet a oublié de relater ce que j'ai dit des *ulcérations* et des *cicatrices.*

Chacune des trois diathèses est représentée sur la peau par des ulcérations qui ont, au point de vue du diagnostic, la plus grande valeur, et sur lesquelles j'avais appelé l'attention d'une manière toute spéciale. Chacune de ces ulcérations, en effet, possède des caractères particuliers et pathognomoniques, qui suffisent, à eux seuls, pour établir le diagnostic de la diathèse à laquelle elle appartient.

Les ulcérations de la scrofule ont les bords déchiquetés, amincis, irréguliers, comme festonnés et décollés, en sorte qu'ils peuvent être facilement soulevés, et qu'un instrument peut être glissé par-dessous. Leur fond est bourgeonnant, mamelonné, anfractueux, et quand ces ulcérations sont guéries, elles laissent après elles des cicatrices profondes, indélébiles, remarquables par leurs adhérences aux tissus sous-jacents, par leur aspect réticulé, par leur surface inégale, couturée, et par les brides saillantes qui la traversent.

Les ulcérations de la syphilis, au contraire, sont faites comme à l'emporte-pièce ; elles sont parfaitement régulières, profondes, à bords adhérents, taillés à pic, à fond lisse et de coloration cuivrée, recouvert, plus ou moins complétement, d'un pus grisâtre. Leurs cicatrices, indélébiles aussi, sont superficielles, lisses, sans adhérences aux tissus sous-jacents, sur lesquels elles glissent facilement; la peau en est amincie, décolorée, moins foncée que la peau ambiante, sur laquelle elle se détache comme une tache blanchâtre, à surface ponctuée, analogue à la cicatrice vaccinale.

Les ulcérations de la dartre ne sont jamais profondes ; elles n'intéressent que la couche la plus superficielle du derme, leurs bords sont irréguliers, festonnés, taillés en biseau, toujours adhérents, jamais décollés ; elles guérissent sans laisser aucune trace, elles n'ont donc pas de cicatrices.

Agréez, etc.

E. Guibout,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

---

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Nouveau cas de ligature de l'artère sous-clavière au catgut.* (*Gaz. méd.* de Strasbourg, 1er juin 1881). — M. E. Bœckel a déjà recommandé le catgut pour la ligature des grosses artères dans la continuité. (*Gaz. hebdom*, 27 février 1880). D'après lui, les auteurs qui ont reproché à ce fil de se dissoudre trop facilement et de ne pas donner une sécurité suffisante, sont ceux qui ont employé du catgut de mauvaise qualité, ou qui l'ont mal employé. Il n'est pas utile de serrer aussi fort qu'avec un fil de soie; il est bon de commencer par faire un nœud de chirurgien et de le maintenir serré pendant quelques secondes avant de passer au second nœud; il est bon aussi de l'essuyer avec un linge au sortir du flacon d'huile, et de le tremper dans de l'eau phéniquée à 5 pour 100. Si le catgut se résorbe vers le cinquième ou le sixième jour, c'est une qualité plutôt qu'un défaut; la présence du fil après cette époque est plutôt dangereuse qu'utile, car en coupant et mortifiant l'artère, il peut ramollir et détacher le caillot oblitérateur. Le catgut ne provoque pas de suppuration et n'empêche pas la réunion par première intention; il permet ainsi d'échapper à l'hémorrhagie secondaire.

L'auteur, dans son travail de la *Gaz. hebdom.*, auquel nous empruntons ces détails, cite des observations de ligatures d'artères volumineuses, telles que l'axillaire, l'humérale, la carotide externe, la fémorale, la sous-clavière. Il en déduit que le pansement antiseptique rend ces opérations tellement inoffensives, qu'elles fatiguent moins le malade que la simple compression digitale. Il ajoute qu'il n'y a pas lieu de chercher un meilleur agent de déligation que le catgut.

L'observation nouvelle que publie M. A. Frey, interne de M. Bœckel, est un nouvel exemple de la ligature de la sous-clavière dans les mêmes conditions. Il s'agit d'un anévrysme axillaire, qu'on avait d'abord traité par le repos au lit et la glace, puis par la compression digitale de l'artère sous-clavière sur la première côte, enfin par la compression mécanique au moyen d'une pelote serrée contre l'artère par une bande élastique. Tous ces moyens ayant échoué, on fit la ligature de la sous-clavière avec un fil de catgut n° 2, le 4 avril 1881, et le sujet fut présenté guéri à la Société de médecine de Strasbourg, le 5 mai.

*Soi-disant luxation du poignet.* (Annales de la Soc. de méd. de Saint-Etienne et de la Loire). — Enfant de 12 ans, chute de deux mètres. La main présente la déformation appelée *dos de fourchette* parfaitement accusée; le diamètre antéro-postérieur est augmenté, le diamètre transversal n'a pas varié. Il n'y a pas d'inclinaison latérale. En suivant attentivement le radius, on ne perçoit aucune solution de continuité. Les deux apophyses styloïdes font corps avec les os, donnent lieu à une saillie très manifeste en avant et se trouvent sur une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans. La réduction s'est faite avec la plus grande facilité, sans douleur considérable. Il a suffi d'appliquer une attelle de carton sur la face antérieure du membre, après l'avoir préalablement enveloppé dans du coton. Dix jours après, le membre avait recouvré toutes ses fonctions.

Tels sont les détails fournis par l'auteur de l'observation, pour démontrer une luxatiou du poignet. Nous pensons qu'il faut accueillir avec beaucoup de réserve les luxations du poignet qu'on publie de temps à autre. R. Marjolin en a montré une pièce authentique à la Société de chirurgie il y a trente-cinq ans; mais ce sont là des faits excessivement rares; il s'agit toujours de fractures du radius dans lesquelles le *dos de fourchette* a été pris pour un déplacement de surfaces articulaires.

Dans le cas présent, les signes sont bien ceux d'une fracture du radius, avec déformation modérée; le transport de la main sur le bord radial n'existe pas, et les apophyses styloïdes n'ont pas manifestement changé de rapport, car nous estimons que l'auteur a trouvé la ligne de ces apophyses « oblique de *haut en bas et de dehors en dedans* », à la condition de regarder la face dorsale du membre. En disant qu'il n'a pas trouvé de « solution de continuité » et que « les apophyses styloïdes font corps avec les os » , il semble avoir cherché un vide entre les fragments du radius, ce que nous ne voulons pas croire. La réduction a été obtenue par la pression modérée de l'appareil, ce qui arrive dans les fractures avec déformation minime surtout chez les enfants; mais rien n'a ressemblé à une réduction de surfaces articulaires. On nous dit bien qu'il n'y a pas eu, comme dans la fracture, une sorte de crépitation au moment de la réduction; mais cette crépitation ne se produit que si, en présence d'une déformation considérable, on fait la réduction d'un seul coup avec une certaine violence, et non quand on l'obtient progressivement par la pression de l'appareil. On ajoute que le diagnostic différentiel s'appuie avant tout sur le prompt rétablissement des fonctions du membre, car la consolidation de la fracture demande six ou huit semaines et plus. Ceci est une grave erreur; à part certains cas particuliers, la fracture est solide, chez l'adulte, en vingt ou vingt-cinq jours, et peut très bien être guérie chez un enfant dans l'espace de dix jours. Si notre confrère laisse toujours

l'appareil six ou huit semaines, il doit avoir souvent des raideurs articulaires et la *main de justice* redoutée d'Hervez de Chégoin. — L.-G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai 1881. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Mémoire sur la *syphilis vaginale* présenté, au nom de M. Prieur, par M. Martineau. — *De la propagation de la syphilis et de sa prophylaxie*, par M. Martineau. — Lettre de candidature de M. le docteur Laure. — *Nouveau stéthoscope*, par M. Constantin Paul. — Présentation d'un malade atteint d'une *hypertrophie amygdalienne et de syphilis*, par M. Féréol. Discussion : MM. Ernest Besnier, Gouguenheim, Martineau. — Rapport sur les *maladies régnantes* pendant le premier trimestre de l'année 1881, par M. Ernest Besnier. Discussion : M. C. Paul. — Observation de *diphthérie*, par M. Lereboullet. Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Edouard Labbé, Constantin Paul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde*, par M. Frantz Glénard. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire droit*, par van den Bosch. — *Bulletins* de la Société d'anthropologie de Paris. — *Union médicale du Nord-Est*. — *Marseille médical*. — *Bulletin* médical du Nord. — *Annales* de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — *Revue médicale française*. — *Journal de thérapeutique*, etc.

M. MARTINEAU offre en hommage à la Société la thèse inaugurale de M. Georges Prieur sur la syphilis vaginale secondaire. Cette thèse, ajoute M. Martineau, faite à l'aide de matériaux puisés dans mon service, est très intéressante. Le vagin, vous le savez, a été considéré comme un conduit peu susceptible de présenter des éruptions de quelque nature que ce soit. C'est ainsi que certains syphiligraphes, tels que MM. Lancereaux, Cornil, Jullien, pensent que les lésions syphilitiques sont excessivement rares sur le vagin. D'autres, au contraire, admettent que ces lésions peuvent s'y développer. Telle est l'opinion de MM. Langlebert et Rollet. Notre collègue, M. le professeur Fournier, en a donné une description des plus exactes. Il pense seulement que les syphilides sont plus fréquentes sur le col utérin que sur le vagin. Quant à moi, je crois que le vagin peut être affecté aussi bien que les autres conduits muqueux. Je constate tous les jours des éruptions scrofuleuses, arthritiques et herpétiques. Les éruptions syphilitiques sont très fréquentes, et je les constate aussi fréquemment sur le vagin que sur le col utérin. Dans ces derniers mois, j'ai pu prouver l'existence du chancre infectant vaginal nié par tous les auteurs. Je possède actuellement trois observations des plus authentiques, puisque l'inoculation pratiquée sur le sujet lui-même a été négative. Deux de ces faits ont été publiés par mon excellent interne, M. Bivet. Le troisième est actuellement dans mon service.

L'existence des affections syphilitiques vaginales primitives et secondaires est des plus intéressantes à connaître, parce qu'elles sont fréquemment l'origine trop méconnue de la contagion syphilitique.

M. MARTINEAU offre en hommage à la Société un travail imprimé : *Sur la propagation de la syphilis et sa prophylaxie*. Ce travail, publié dans l'UNION MÉDICALE, a pour but de montrer que depuis plusieurs années la syphilis s'est propagée d'une manière inouïe. Le chiffre des admissions à l'hôpital de Lourcine a considérablement augmenté. J'ai recherché, ajoute M. Martineau, quels seraient les meilleurs moyens prophylactiques pour remédier à un tel état de choses. La solution réside, dit-il, dans la création de dispensaires multiples où seraient distribués gratuitement les médicaments et les bains, et dans l'affectation d'un hôpital à l'internement des malades qui y seraient gardés jusqu'à guérison complète des accidents contagieux.

—

Lettre de candidature de M. le docteur Laure, médecin des hôpitaux de Lyon, pour le titre de membre correspondant. (M. Lereboullet, rapporteur.)

—

M. Constantin PAUL présente un nouveau *stéthoscope flexible* muni d'une caisse de renforcement.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'exposer dans des conférences faites à l'hôpital Saint-

Antoine, de 1874 à 1878 (1), comment j'ai été amené à substituer depuis 1862 le stéthoscope flexible au stéthoscope rigide.

J'ai montré que le stéthoscope flexible, que l'expérience indique comme le meilleur pour la localisation des bruits morbides cardiaques et vasculaires, doit avoir les proportions suivantes:

Il se compose d'un pavillon en ivoire ou en corne ayant la forme du pavillon d'une trompette avec les dimensions suivantes. Son diamètre intérieur à l'orifice extérieur est de 2 centimètres, sa hauteur de 4 centimètres et demi en y comprenant l'embout qui fixe le tube de caoutchouc, son diamètre intérieur au niveau de l'orifice interne 6 millimètres. Le tube de caoutchouc a une longueur de 45 centimètres, un diamètre intérieur de 6 millimètres et un diamètre extérieur de 9 millimètres.

Le stéthoscope flexible présente les avantages suivants :

1° Le médecin n'a plus besoin pour ausculter de prendre une attitude gênée, il n'a pas besoin de se baisser. Il peut avec la même facilité ausculter son malade debout ou assis ou couché, et presque sans se déplacer faire asseoir ou coucher le malade suivant que l'une ou l'autre position augmente l'intensité du bruit pathologique ou facilite sa transmission.

2° Par le fait même de l'aisance de l'auscultation, elle peut être prolongée un temps suffisant pour que l'observateur se pénètre bien du rhythme des bruits et arrive à en retenir la cadence comme il le ferait pour un air de musique. Cette durée facile de l'auscultation permet de faire pendant ce temps des expériences qui modifient le bruit et en préciser par là les caractères.

3° L'observateur ayant tout son temps à lui peut déplacer facilement le pavillon de son instrument et explorer ainsi de point en point toute l'étendue de la surface cardiaque. Il lui est alors facile de dessiner sur la surface cutanée la topographie des bruits pathologiques. Il peut aussi indiquer pour chaque bruit le point où se trouve le maximum d'intensité et les modes de décroissance.

4° L'observateur peut suivre des yeux les régions qu'il ausculte, il peut y observer en même temps les battements et les grandir au moyen de petits sphygmographes très simples et très rustiques.

Toutes ces conditions permettent une auscultation minutieuse au point de vue du temps et de l'espace conduisant à localiser les bruits d'une manière beaucoup plus précise.

5° Quand il s'agit d'explorer les vaisseaux et en particulier les vaisseaux du cou, on peut voir exactement à quelle place on met le pavillon et n'exercer que la pression nécessaire.

6° Le même instrument permet encore de localiser chez les nourrissons les bruits vasculaires ou respiratoires.

7° On peut encore ausculter facilement toutes les autres régions où l'emploi du stéthoscope rigide est inapplicable, pour explorer les gaines tendineuses, etc.

8° Il permet enfin de faire entendre aux élèves et aux confrères les bruits qu'on entend soi-même; il suffit pour cela de fixer le pavillon avec ses doigts.

9° L'adaptation d'un double tube auriculaire permet de renforcer par l'audition biauriculaire les sensations qui n'arrivaient qu'à une seule oreille.

10° Le stéthoscope flexible biauriculaire permet encore l'auscultation simultanée par deux observateurs ce qui est un excellent moyen de contrôle.

11° Le pavillon remplacé par un double tube bifurqué et terminé par deux embouts forme un stéthoscope que j'ai appelé différentiel et qui permet d'ausculter simultanément deux régions à la fois. Si les bruits de ces deux régions ne sont pas synchrones, il les apporte successivement soit dans une, soit dans les deux oreilles.

12° Les stéthoscopes flexibles permettent d'ausculter facilement tous les animaux depuis les plus grands mammifères. C'est même le meilleur moyen pour compter le pouls des animaux en expérience, chiens, cobayes, chevaux, etc.

Bien que ces instruments me donnent de très bons résultats j'ai cherché constamment à les perfectionner, j'ai essayé par bien des moyens d'y ajouter une caisse de renforcement sans pouvoir y arriver, jusqu'au jour où j'ai eu connaissance dernièrement d'un transfuseur du sang inventé par M. le docteur Roussel (de Genève).

Cet instrument renferme en particulier, comme disposition originale, une ventouse annulaire destinée à fixer, sur le bras qui fournit le sang, l'appareil qui s'adapte à la veine que l'on ouvre.

J'ai ajouté cette ventouse annulaire au pavillon de mon stéthoscope et il en est résulté des acquisitions précieuses.

(1) *Les avantages du stéthoscope flexible*, conférence faite à l'hôpital Saint-Antoine en 1874, recueillie par M. Landouzy, et reproduite plus tard dans la *France médicale*, nos 8 et 11, mars 1876.

Aux qualités du stéthoscope flexible que ce nouvel instrument possède il faut ajouter les suivantes :

13° Cette ventouse annulaire fait l'office de caisse de renforcement et grossit, sans les altérer, tout aussi bien les bruits doux et profonds que les bruits rudes et superficiels.

14° L'adaptation de la ventouse maintient automatiquement le stéthoscope à la place où on l'a fixé et laisse les mains libres pendant l'auscultation.

15° Le pavillon étant ainsi fixé, ees observateurs peuvent venir successivement prendre le tube et ausculter le bruit qu'on a isolé dans le stéthoscope.

16° L'auscultation biauriculaire y est plus facile puisqu'on n'a pas à tenir l'instrument.

17° En ajoutant à chacun des deux tubes biauriculaires un tube bifurqué, on peut faire ausculter un malade par quatre observateurs qui écoutent d'une oreille ou par deux observateurs biauriculaires.

18° On peut fixer en deux points différents deux instruments semblables et faire à 2, 3 ou 4 de l'auscultation additionnelle ou différentielle.

Ainsi donc par cette nouvelle addition on peut renforcer les bruits, les faire entendre à plusieurs à la fois avec la plus grande facilité.

19° Enfin on peut faire entendre les bruits du cœur du fœtus soit à deux observateurs à la fois, soit à plusieurs observateurs successifs, sans déplacer l'instrument, ce qui ne pouvait s'obtenir avec les autres stéthoscopes flexibles.

On peut donc avec ces instruments partir de l'identité d'observation, point de départ nécessaire, pour arriver à l'unité d'interprétation.

—

M. Féréol présente un malade atteint d'une hypertrophie considérable des amygdales. (Cette observation sera publiée.)

M. Ernest Besnier : Le seul moyen de se renseigner sur la nature de cette affection est de prendre un fragment du tissu pathologique et d'en faire l'analyse histologique.

M. Gouguenheim : Le diagnostic est des plus difficiles. Le malade avoue cependant que depuis quelque temps ses souffrances sont plus grandes. La douleur paraît coïncider avec l'apparition d'une ulcération amygdalienne qui existe encore actuellement. Je crois qu'il s'agit d'une affection syphilitique récente greffée sur une affection ancienne des amygdales.

M. Martineau partage cette manière de voir. Il s'agit pour lui d'une affection syphilitique greffée sur une amygdalite chronique qui a subi une recrudescence par suite du développement de la syphilis. Il engage M. Féréol à instituer un traitement hydrargyrique énergique.

M. Féréol : Après avoir essayé divers traitements, je me propose de soumettre ce malade aux frictions hydrargyriques.

—

M. Ernest Besnier donne lecture du rapport sur les maladies régnantes pendant le premier trimestre 1881. (Voir l'Union Médicale, mai et juin 1881.)

M. Constantin Paul : M. Rendu ne touche pas les femmes après l'accouchement; en outre il fait placer une gaze imbibée d'acide phénique sur la vulve. J'approuve complétement la marche suivie par notre collègue. Depuis quinze ans, j'emploie ces moyens hygiéniques. Seulement, je me sers de l'hyposulfite de soude au lieu d'acide phénique. J'ai constaté, en effet, que les lochies ne fermentent et ne prennent de l'odeur qu'une fois sorties du vagin. La compresse antiseptique prévient tout phénomène de ce genre. Dans mon service, je fais donner, en outre, des lavements quotidiens d'hyposulfite à tous les malades atteints de fièvre typhoïde ou de dysenterie, afin de désinfecter les selles à l'intérieur du rectum.

—

M. Lereboullet communique une observation de diphthérie maligne guérie après plusieurs injections de nitrate de pilocarpine.

Il s'agit d'une jeune fille de 11 ans, lymphatique, d'un tempérament herpétique, ayant été atteinte l'année dernière d'un eczéma de la face assez rebelle, mais guéri à la suite de la médication conseillée par M. le docteur Ernest Besnier. Cette jeune fille était dans un état de santé e cellent depuis plusieurs mois, lorsque le 21 avril elle se plaignit de frissonnements, de malaise et de mal de gorge. Très rapidement ces symptômes s'accusèrent, et à trois heures de l'après-midi, on constatait déjà une angine avec adénite sous-maxillaire et cervicale du côté droit, œdème considérable du tissu cellulaire ambiant, et, à l'examen de la gorge, trois plaques pseudo-membraneuses. Le diagnostic d'angine herpétique, auquel la rapidité du début et les antécédents de la malade pouvaient faire songer, se trouvait écarté d'emblée par la consistance, l'aspect, la disposition des fausses membranes ainsi que par l'engorgement si considérable des ganglions sous-maxillaires.

Le traitement consista dans l'usage permanent de pulvérisations et de gargarismes à l'eau de chaux phéniquée. On essaya, en même temps, d'enlever les fausses membranes à l'aide d'un pinceau imbibé de perchlorure de fer et de faire prendre, à l'intérieur, ce médicament très dilué dans de l'eau sucrée. Cependant, dès le lendemain, les fausses membranes envahissaient tout le pharynx et gagnaient les fosses nasales. Leur coloration grisâtre, leur odeur presque fétide accusaient la gravité de la maladie. On recommanda l'usage du lait et des boissons alcoolisées, l'alimentation la plus variée et la plus réconfortante, tout en continuant l'usage permanent des pulvérisations phéniquées, des gargarismes phéniqués et des gouttes de perchlorure de fer. Malgré tout le soin apporté à empêcher la reproduction des fausses membranes, celles-ci devenaient de plus en plus épaisses et de plus en plus envahissantes. Le badigeonnage du fond de la gorge provoquait des hémorrhagies très pénibles. La respiration par les fosses nasales était très difficile.

Le 25 avril (quatrième jour de la maladie), M. Archambault, appelé en consultation, confirmait le diagnostic de diphthérie maligne. Le pronostic fut des plus sérieux. Le traitement conseillé consista dans le badigeonnage de la gorge à l'aide d'une solution camphrée et phéniquée, l'administration du perchlorure de fer à l'intérieur, par la méthode d'Aubrun, l'alimentation tonique, les pulvérisations et les gargarismes phéniqués. Mais, ainsi que l'avait prévu et annoncé M. Archambault, l'inappétence devint bientôt absolue, la déglutition impossible. Toute médication interne dut forcément être supprimée. Les urines très rares devinrent albumineuses. Enfin, le 27 se produisait un premier accès de croup. La situation paraissait désespérée lorsque M. Lereboullet eut recours à la médication suivante : tout en continuant incessamment, jour et nuit, les pulvérisations phéniquées, pratiquées soit à distance à l'aide d'un pulvérisateur à air chaud, soit de très près, dans la gorge et les narines, avec un pulvérisateur automatique, il fit entourer le cou de l'enfant d'une cravate de glace, laver et frictionner énergiquement la peau toutes les deux ou trois heures avec de l'eau éthérée et alcoolisée ; il prescrivit deux fois par jour des lavements de peptone, et, dans l'intervalle, un lavement phéniqué ; enfin, dans la journée du 27, il fit deux injections sous-cutanées renfermant chacune 5 milligrammes de nitrate de pilocarpine. Deux accès de croup s'étaient déjà manifestés et l'asphyxie était imminente lorsque, trois heures environ après la deuxième injection hypodermique, une salivation assez abondante se manifesta. L'enfant expectora de nombreuses e épaisses fausses membranes en même temps qu'avec ses doigts elle retirait de ses deux narines des fragments pseudo-membraneux très-cohérents.

La nuit du 27 au 28 fut assez calme. Le lendemain et les jours suivants la médication fus continuée et trois injections par jour de nitrate de pilocarpine (0 gr. 015 dans la journée) furent pratiquées. Le second jour du traitement (30 avril), la malade, qui depuis trois jours n'avait rien pu avaler, se mit à croquer à pleines dents des morceaux de glace. On put dèt lors recommencer l'alimentation ; on fit prendre des glaces, des bouillies à la farine lactée, des laits de poule au café, des gelées de viande, etc. On continua en même temps les lavements à l'acide phénique et à l'alcool, et, à des intervalles assez éloignés, les lavements de peptone. Peu à peu les badigeonnages au perchlorure de fer et même la médication ferrugineuse (teinture d'extrait de pomme ferrugineux) purent être repris. L'albuminurie, qui avait atteint des proportions considérables, diminua peu à peu et finit par disparaître dès le 5 mai. Cependant, les fausses membranes se reproduisaient sur la voûte palatine, sur les amygdales et dans les narines. Elles ne disparurent que le 9 mai, au dix-neuvième jour de la maladie. L'albuminurie avait duré neuf jours (du 26 avril au 5 mai). Aujourd'hui, il existe une paralysie complète du voile du palais, un état d'anémie profonde ; mais l'enfant peut être considérée provisoirement comme guérie.

En communiquant cette observation, M. Lereboullet déclare qu'il ne songe point à attribuer exclusivement à la médication par le nitrate de pilocarpine le succès obtenu. Cependant, 16 piqûres ayant été faites, et l'enfant ayant absorbé en tout 8 centigrammes de nitrate de pilocarpine dans l'espace de six jours, il paraît intéressant de faire remarquer que cette médication a déterminé une salivation très abondante, mais n'a produit aucune sudation ; qu'elle a été parfaitement tolérée par la jeune malade ; que, loin de provoquer l'inappétence, elle a, au contraire, déterminé une soif ardente et rendu possible l'alimentation par les liquides ; enfin qu'elle a certainement facilité l'expulsion des fausses membranes et arrêté les accès de croup. Mais tout en signalant ces effets de la médication par la pilocarpine, M. Lereboullet reconnaît que la docilité de la malade et l'intelligent dévouement de ses parents, qui n'ont pas cessé une seule minute, pendant près de 15 jours et 15 nuits, les pulvérisations phéniquées, ont certainement contribué à assurer sa guérison. La médication phéniquée, les lavages à l'eau froide, enfin les lavements de peptone, qui ont eu pour résultat de nourrir la malade et par conséquent de soutenir ses forces, sont des moyens thérapeutiques dont on ne saurait nier l'importance. Associés à la médication par la pilocarpine, ils ont conjuré les accidents que l'on

devait craindre, après avoir constaté la gravité de l'intoxication diphthéritique et les premiers accès de croup.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle qu'il y a deux mois environ un médecin a employé la pilocarpine dans plusieurs cas semblables et en a obtenu d'excellents résultats.

M. Edouard Labbé, depuis trois ou quatre ans, a obtenu quelques succès avec le jaborandi.

M. Constantin Paul s'étonne qu'avec une dose relativement forte de pilocarpine, M. Lereboullet n'ait déterminé que de la salivation et pas de sueurs.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle que 1 centigramme de pilocarpine correspond à 4 grammes de jaborandi, et que la dose employée par M. Lereboullet n'était pas considérable.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

*Le secrétaire,* L. Martineau.

## NÉCROLOGIE

### FUNÉRAILLES DE M. LE DOCTEUR MAURICE RAYNAUD.

Samedi ont eu lieu au cimetière du Père-Lachaise les funérailles de M. le docteur Maurice Raynaud au milieu d'un immense concours de médecins et d'illustrations appartenant à tout le monde scientifique et parisien.

M. le docteur Féréol, que des liens d'amitié attachaient tout particulièrement à notre regretté collègue, a prononcé le discours suivant au nom de la Société médicale des hôpitaux.

Si je prends la parole au bord de cette tombe, au nom de mes collègues des hôpitaux, ce n'est pas, vous le pensez bien, Messieurs, pour retracer la vie scientifique du penseur éminent, du savant médecin, du littérateur distingué qui vient de nous être si subitement enlevé. Tout cela vient d'être dit, et sera redit peut-être encore en temps opportun, beaucoup mieux que je ne saurais faire. En ce moment surtout, et sous l'impression de stupeur générale que nous cause un deuil si peu prévu, j'ai besoin de faire un grand effort pour vous parler de celui qu'une intimité de plus de vingt ans m'a permis d'apprécier et d'aimer comme il le méritait. C'est du médecin, du clinicien, du chef de service, du collègue, de l'homme enfin que je voudrais vous entretenir; et la brutalité de ce coup de foudre qui frappe en pleine activité, en plein bonheur, une nature si vigoureuse qui semblait faite pour justifier encore de longues espérances, me laisse à peine assez de liberté d'esprit pour parler de celui qui fut mon ami d'une manière digne de lui.

N'est-ce pas hier en effet que nous lui serrions la main? Il semblait plus gai, plus fort que jamais. Il avait une espérance nouvelle, un travail nouveau qui lui souriait. Il allait représenter la médecine française chez un grand peuple voisin. A bon droit, il était fier d'avoir été choisi pour ce rôle; à bon droit aussi nous comptions sur un succès pour lui. Aussi rentrait-il hier à sa campagne plus dispos, plus joyeux qu'à l'ordinaire. Ses petits enfants, après avoir joué avec lui plus gaiement que jamais, lui donnaient le baiser du soir et s'endormaient heureux. Trois heures après, ils étaient orphelins; en moins de trois heures tout était fini.

Ainsi de Lorain, de Chauffard, de Broca, de Delpech.

Quelle est donc cette fatalité qui pèse sur notre pauvre famille médicale? Si accoutumés que nous soyons à ces grandes surprises de la mort, ne dirait-on pas qu'elles sont plus fréquentes chez nous que partout ailleurs?

C'est qu'en effet, Messieurs, je n'ai pas à vous l'apprendre, la vie du médecin, toujours rude, même pour les heureux de la profession, est souvent bien pesante. Qui l'a mieux su que Maurice Raynaud?

Son dévouement infatigable ne lui permettait de se refuser à personne; il se dépensait toujours, incessamment, à l'hôpital, à la ville, auprès de ses élèves, à l'Académie, dans notre Société des hôpitaux dont il était un des membres les plus actifs, et toujours et partout avec une égale ardeur. Qui avait besoin de lui, avait droit sur lui, à ses yeux. Aussi que de reconnaissance autour de lui! Quelle vivacité, quelle solidité d'amitié chez ses clients! et, aujourd'hui, que de regrets! quel deuil du cœur!

Cette ardeur, Messieurs, il la portait partout, dans les questions littéraires aussi bien que dans la science, et (pourquoi ne pas le dire?), dans la religion aussi bien que dans la politique, puisqu'il est impossible, paraît-il, aujourd'hui, de séparer ces deux choses qu'il serait si bon cependant de ne pas toujours confondre. C'était pour lui une question de foi et de

devoir. Et quand on vint l'an dernier lui proposer une candidature politique dont l'insuccès lui était démontré d'avance, il ne se crut pas le droit de refuser.

Comment une seule existence aurait-elle pu suffire à tant de fatigues, à tant d'émotions ! Personne d'ailleurs plus que lui n'avait l'âme ouverte aux scrupules de conscience. Il se demandait sans cesse s'il avait fait tout ce qu'il fallait; si un autre à sa place n'eût pas agi autrement et mieux ! Et il était ingénieux à se créer des tourments là où d'autres ne songent qu'à les éviter.

Aussi depuis longtemps éprouvait-il une lassitude, des accablements et d'autres symptômes dont il était trop clairvoyant pour se dissimuler le sens. Il s'alarmait alors, et demandait conseil. Que de fois nous l'avons pressé de prendre du repos, de limiter son labeur, de changer sa façon de vivre, et de se ménager ! Il promettait, mais en vain. Ses projets de réforme étaient sans cesse ajournés.

Puis vinrent les luttes, les concurrences, les espérances déçues, les désillusions. Où est l'homme à l'abri de ces amertumes ? Raynaud les a connues; et il en a souffert d'autant plus que le fond de sa nature était la bienveillance même, et que toujours jusque là le mot travail avait été pour lui synonyme de succès. Qu'il me soit permis de dire, comme je le pense, que s'il eût vécu dans des temps moins troublés cette dure épreuve lui eût été épargnée, et il eût, sans aucun doute, occupé la place où l'appelaient sa légitime ambition, ses talents multiples, son vaste savoir, et son caractère.

Au milieu de ces tourments de toutes sortes, auxquels s'ajoutaient encore bien des chagrins, qui sont le lot obligé de toute vie humaine, la sécurité était détruite; les pressentiments funestes se faisaient jour. Aussi fut-il moins surpris que nous quand il sentit la première atteinte de la mort. Il ne s'y trompa point. Et, ferme dans sa foi, voulant mourir comme il avait vécu, tout d'abord il fit demander le prêtre, et le médecin ensuite.

Il était de ceux en effet qui conduisent leur vie avec une entière logique; et il avait le bonheur d'avoir pour compagne une femme digne de lui, fière de lui appartenir, qui partageait toutes ses croyances, et vivait littéralement de sa vie.

En sentant approcher le moment fatal, malgré l'horrible douleur de la séparation, il garda une sérénité et une force d'âme vraiment admirables, une lucidité complète, et une douceur absolue.

Et maintenant, en face d'une si grande douleur, que pourrions-nous dire ?

Toute plainte est stérile, toute consolation vaine qui ne viendrait que de nous.

Notre seul devoir est de garder fidèlement dans nos cœurs le souvenir de l'homme excellent que nous avons connu et aimé; du chef d'hôpital adoré de ses malades qui trouvaient en lui plus qu'un médecin, et bien souvent un bienfaiteur généreux autant que discret; aimé de ses élèves, à qui il portait l'intérêt le plus cordial et le plus fidèle; estimé de ses collègues auxquels il était toujours prêt à rendre service. Rendons-lui encore cette justice, dont je puis témoigner, que, s'il était absolu dans ses convictions, il savait respecter celles d'autrui quand il avait lieu de les croire sincères; qu'il ne bornait pas ses amitiés aux hommes de son parti, et ne mettait pas de préméditation dans ses sympathies. Et si nous avons admiré tout à l'heure les ressources de son esprit, la variété de ses connaissances, l'ensemble de tous ces dons intellectuels qui font le savant et le professeur, sachons aussi honorer en lui les vertus qui font véritablement l'homme, la sincérité, l'amour du travail, la bonté, et le dévouement.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur l'uréthrotomie interne faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris par M. le docteur Delefosse et recueillies par M. E. Piogey, interne provisoire des hôpitaux. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1880. Brochure in-8° de 111 pages avec gravures.

Dans ces leçons nouvelles, l'auteur s'est attaché à montrer que l'uréthrotomie interne ne doit pas être considérée comme une opération préliminaire ouvrant la porte à la dilatation, mais au contraire comme une opération ayant sa place dans la chirurgie, et dont la dilatation consécutive ne doit être que le corollaire.

L'uréthrotomie n'est pas une opération livrée au hasard et pouvant être faite avec toutes sortes d'instruments; elle exige autant de précision, d'aptitude, dans le manuel opératoire que la recherche d'une artère et sa ligature; par conséquent, il faut rejeter tout instrument qui ne donnera pas le degré de certitude suffisant pour ne couper que le rétrécissement et rien que le rétrécissement.

Ces conditions de certitude sont mieux remplies avec l'uréthrotome à olive opérant d'arrière en avant qu'avec l'uréthrotome à lame courante d'avant en arrière.

L'uréthrotomie donnera d'autant plus de bons résultats que la cicatrice et le coussinet sous-jacent auront moins de tendance à devenir fibreux. On a dit qu'il faut considérer la nature du rétrécissement plutôt que celle de la cicatrice; l'un engendre l'autre; plus un rétrécissement sera avancé, moins il y aura de chances de bonne réussite et de trouver du tissu spongieux au fond de la plaie.

L'uréthrotomie interne, dans le plus grand nombre de cas, doit être employée à l'exclusion de toute autre méthode, quand la dilatation, soit temporaire, soit permanente, n'a pu être appliquée.

A l'exclusion de l'uréthrotomie interne, il ne faut employer que l'uréthrotomie externe, les autres méthodes de traitement étant des méthodes appelant à leur aide la force et la violence. A ce propos, M. le docteur Delefosse rappelle, en l'approuvant et en la faisant sienne, cette phrase de Dupuytren : « Je voudrais pouvoir crier à l'oreille de tous les praticiens qu'il y a barbarie à vouloir pénétrer de vive force dans la vessie. »

On trouvera, dans ces leçons, la discussion fort bien conduite et la réfutation d'une opinion qui, longtemps, s'est opposée à l'étude même de l'uréthrotomie interne, et que, pour notre part, nous avons entendu émettre plusieurs fois par Denonvilliers : « L'uréthrotomie interne, disait le regrettable professeur, n'offre des chances sérieuses de réussite et ne peut être prudemment tentée que si elle est possible d'arrière en avant. Il faut donc que les instruments puissent franchir le rétrécissement. Mais, dans ce cas, la dilatation, suffisamment prolongée et pratiquée comme il convient, donne des résultats satisfaisants. Il est donc bon de s'y tenir. »

Les lecteurs trouveront dans la brochure de M. le docteur Delefosse l'exposé des motifs qui renversent cette manière de voir, et qui justifient les conclusions que nous avons reproduites plus haut. — M. L.

## FORMULAIRE

### Traitement du prurigo rebelle. — Lang.

Un jeune homme de 19 ans était atteint depuis l'enfance d'un prurigo rebelle; le professeur Lang prescrivit le traitement suivant : chaque jour un bain sulfureux; tous les deux jours, onctions sur tout le corps avec de l'huile phéniquée (acide phénique cristall., 0 gr 50 centigr.; huile d'olives, 100 grammes), le malade restant au lit plusieurs heures après chaque friction. — A l'intérieur, liqueur de Fowler à doses progressives, sans dépasser 20 gouttes. L'amélioration devint très manifeste, au bout de deux mois de ce traitement. Plus tard, on remplaça l'huile phéniquée par de l'huile d'olives. — Pour un enfant de 2 ans, porteur d'un prurigo généralisé rebelle, avec induration et engorgement des ganglions, on eut recours à des applications d'onguent diachylon sur la face, et à des onctions de goudron sur le reste du corps. L'état général s'améliora progressivement, et au bout d'un certain temps, on ne fit plus les onctions de goudron qu'à de longs intervalles. — N. G.

### Solution bromurée contre la coqueluche. — Wintrebert.

Bromure de potassium. . . . . . . . . . 5 grammes.
Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . . 100 —

Faites dissoudre. — Après chaque quinte, aussitôt que les mucosités bronchiques ont été expulsées, on fait pénétrer la solution bromurée dans le fond de la gorge, à l'aide d'un pulvérisateur. L'auteur a obtenu, à l'aide de ce moyen, une diminution rapide dans le nombre des quintes, et la durée de la maladie a été notablement abrégée. — On sait, du reste, que le bromure de potassium prescrit à l'intérieur (à la dose de 1 gramme pour les enfants âgés de moins de 18 mois) produit aussi des résultats favorables dans le traitement de la coqueluche.

N. G.

## COURRIER

Congrès médical international de Londres. — Le secrétaire général honoraire du Congrès médical international, qui doit se tenir à Londres du 2 août 1881 au 9 du même mois, a l'honneur d'adresser les renseignements suivants aux membres étrangers de la profession médicale qui se proposent de se rendre à cette réunion :

1° Les administrations des chemins de fer des diverses compagnies françaises ont très libéralement offert le transport d'aller et retour pour ceux qui se rendent au Congrès de toutes les

stations de leur parcours pour le prix d'un voyage simple; les directeurs des chemins Sud-Est, et de Chatham et Douvres de l'Angleterre en ont fait autant pour le parcours de Douvres à Londres sous la condition que le voyageur serait possesseur d'une lettre d'invitation du comité du Congrès.

2° Pour obtenir ladite lettre, et, par conséquent, pour avoir droit aux avantages énoncés ci-dessus, il suffit d'en adresser, dans le plus bref délai possible, la demande à M. Mac Cormac, secrétaire général du Congrès, Royal College of Physicians, Pall Mall East London, S. W., et de joindre à cette demande le montant de la souscription au Congrès, soit une guinée ou 26 fr. 50 centimes, en mandat postal payable au bureau de poste de Charing Cross. Au reçu de la lettre et du mandat, le secrétaire général s'empressera de répondre par une lettre d'invitation.

En présentant cette lettre à une gare quelconque de la ligne, le voyageur recevra un billet pour voyage simple de la classe qu'il demandera. Ce billet sera valable de cette *gare à Londres*, et, sur la présentation de cette même lettre, à la gare du départ de Londres il recevra gratuitement un billet de retour pour la station de laquelle il est parti.

Avec leur lettre d'invitation, les voyageurs pourront prendre tous les trains, avec 30 kilos de bagages.

*Le membre du Congrès muni de sa carte d'invitation pourra prendre ainsi, à toutes les stations des chemins de fer français, un billet direct pour Londres, par Boulogne ou Calais, viâ South Eastern, ou London and Chatham Railway et obtenir au départ de Londres un billet gratuit pour le retour à la gare de départ.*

Les membres du Congrès pourront s'assurer d'avance des logements en écrivant au secrétaire général honoraire, Royal College of physicians, Pall Mall East, London, S. W. ou en s'y présentant en personne, le jour de leur arrivée, entre 10 heures du matin et 6 heures du soir.

Il y aura au Collège des Physicians un bureau de change et un cabinet de lecture. Les membres pourront y écrire leurs lettres et s'y faire adresser celles qu'ils auront à recevoir pendant la durée du Congrès.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *Pall Mall East, London*, S. W.

LA FIÈVRE JAUNE EN AMÉRIQUE. — On écrit de Toulon au *Siècle* :

La fièvre jaune exerce toujours ses ravages à la Martinique; après la mort de Mme Aube, femme de l'amiral gouverneur, que je vous télégraphiais hier, de nombreux cas de mort sont à signaler.

L'aviso le *Magicien* a subi de nombreuses atteintes. Un officier, M. Caillard, six matelots, un quartier-maître, sont morts; un autre officier, M. Babin, le médecin major du bord, M. Guérin, ont été gravement frappés; ils ont pourtant pu se relever.

L'hôpital de Fort-de-France regorge de malades; le capitaine d'artillerie Bréger, ancien aide-de-camp de l'amiral Cloué, alors qu'il était gouverneur de la colonie, est mort aussi.

Le chiffre des malades est énorme à Fort-de-France; beaucoup d'Européens succombent.

L'abbé Rolland, un sous officier d'infanterie de marine, le sergent Roy, des gendarmes et quelques commerçants ont aussi succombé.

Le commandant de gendarmerie entre en convalescence.

Cette meurtrière épidémie ne finira, selon toutes les prévisions, qu'à la rentrée de l'hiver.

— Un ancien interne de l'hôpital Saint-Antoine, M. le docteur d'Olier, actuellement médecin à Orléans, ayant remarqué le peu d'ouvrages scientifiques qui existaient à la bibliothèque de cet hôpital, vient d'envoyer à M. le directeur de l'Assistance publique une somme de 100 francs à employer à l'achat de livres de sciences, pour servir aux internes et aux externes de l'hôpital Saint-Antoine.

D'autres généreux donateurs doivent envoyer les uns des livres, et les autres de l'argent pour la même fondation, de manière que, dans quelque temps, la bibliothèque de l'hôpital Saint-Antoine sera l'une des mieux garnies des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 8 juillet 1881.

*Ordre du jour :* M. Damaschino : Sur un cas de mort par hémoptysie se rattachant à la rupture d'un volumineux anévrysme de l'artère pulmonaire. — Communications diverses.

ERRATUM. — Notre numéro du samedi 2 juillet a été par erreur numéroté **1** au lieu de **91**. Nous prions nos abonnés de rectifier immédiatement l'erreur afin d'éviter toute confusion au moment du brochage ou de la reliure.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# BULLETIN

On ne s'entretenait guère aujourd'hui, à l'Académie, que de la mort si soudaine, si imprévue et si regrettable de M. Maurice Raynaud. Tout le monde s'accordait à déplorer la fin prématurée de ce médecin, de ce lettré, enlevé si brusquement dans la force de l'âge et dans la vigueur d'un talent qui aux fruits exquis déjà donnés ajoutait tant de promesses et d'espérances.

Nos lecteurs connaissent déjà le caractère intime de l'homme par l'allocution si émue et si émouvante de M. le docteur Féréol, à qui il a été donné de prodiguer au mourant avec les derniers soins du médecin les suprêmes consolations de l'ami ; ils trouveront plus loin, reproduit *in extenso*, le discours que M. Peter a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de son collègue, et dans lequel il apprécie avec finesse les qualités du savant, du lettré, du penseur et de l'orateur des discussions académiques. Le discours de M. Peter a été accueilli par d'unanimes marques d'approbation.

Et puis, comme la science ne peut s'attarder au deuil de ses serviteurs, même les plus méritants, l'Académie, ayant rendu à M. Maurice Raynaud les suprêmes devoirs, a repris le cours de ses travaux.

Une courte discussion s'est engagée à l'occasion de la communication faite par M. Hardy, dans la dernière séance, d'un cas de pellagre observé dans son service de l'hôpital de la Charité, sur un Parisien alcoolique qui n'avait jamais mangé de maïs. On voit tout de suite l'objet du litige. S'agit-il d'un cas de pellagre vraie ou de fausse pellagre? C'est la pellagre vraie, dit M. Hardy, et la preuve c'est que mon malade présentait tous les signes fondamentaux de cette maladie, troubles digestifs, troubles nerveux, éruption cutanée, en un mot, la *triade* symptomatique assignée à la pellagre.

C'est la fausse pellagre, répondent en chœur MM. Théophile Roussel, Lancereaux et Noël Gueneau de Mussy, car les phénomènes symptomatiques indiqués peuvent se rencontrer partiellement, ou même dans leur ensemble, dans des maladies autres que la pellagre, par exemple dans l'alcoolisme, l'aliénation mentale, la misère physiologique, la maladie d'Addisson, etc., sans qu'il y ait pour cela véritable pellagre, cette maladie ne pouvant être produite que par l'usage du maïs altéré.

La discussion s'est poursuivie dans ces termes absolus, M. Hardy réclamant avec ténacité le droit d'établir une variété de pellagre qu'il aurait désignée sous le nom de *pellagre alcoolique*, MM. Théophile Roussel, Lancereaux et Gueneau de Mussy déclarant péremptoirement que nul n'a le droit de s'appeler pellagreux s'il n'a mangé du maïs verderamé : *Adhuc sub judice lis est.*

— M. Lancereaux a terminé devant les banquettes vides, l'extrême chaleur ayant fait déserter la salle des séances à la plupart des membres de l'Académie, la lecture de son rapport sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1880.

Après quoi l'Académie s'est réunie en comité secret. — A. T.

*Réorganisation des services d'accouchements.* — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'adopter un projet présenté par M. le docteur Dubrisay, tendant à l'institution d'un « concours spécial pour la création d'accoucheurs des hôpitaux. »

Nous avons lutté jusqu'au bout. Malgré notre échec, nous ne regrettons pas aujourd'hui d'avoir donné nos raisons, et nous constatons que beaucoup d'entre elles n'ont pas été réfutées. Le *Progrès médical* du 2 juillet se borne à transcrire le projet de M. Dubrisay, et l'intitule : « Réponse à l'*Union médicale.* » C'est une réponse facile et un peu sommaire; mais le succès justifie tout. M. Bourneville, toutefois, eût pu se dispenser d'ajouter que ce projet avait été adopté *à une grande majorité*, puisque cette majorité n'a été que d'*une voix*.

M. Bourneville est libre de penser que « l'intérêt des femmes en couches » sera mieux sauvegardé, dès à présent, par les deux accoucheurs spéciaux » dont il

réclame la nomination immédiate, que par les douze chirurgiens du Bureau central, déclarés incompétents et désormais irresponsables ; mais il aurait tort de croire que son triomphe ait augmenté la confiance que nous avons en lui pour la régénération médicale de la France. — L.-G. R.

## CHIRURGIE

### L'EXTIRPATION DU LARYNX (1) ;

Considérations par le docteur Andrea CECCHERELLI, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

A ces 24 cas d'extirpation totale du larynx et aux cinq de simple résection, il faut ajouter un 25e cas d'extirpation du larynx, de l'os hyoïde et du pharynx, pratiquée par le docteur Azzio Caselli, de Reggio, pour un chondro-sarcome, et dans lequel la mort est survenue quelques heures après l'opération.

Tel est le contingent que nous offre jusqu'aujourd'hui la clinique, relativement à cet acte opératoire. En résumé, nous trouvons que sur les 29 cas déjà publiés, et nous pouvons dire même les 30 cas, en y comprenant le dernier de Caselli, 18 fois l'opération fut faite pour un carcinome ; les 12 autres fois, il ne s'agissait pas de tumeur maligne, ou du moins on ne connaît pas la nature de la lésion qui a déterminé le chirurgien à accomplir l'opération. Dans ces 30 cas, la guérison aurait été obtenue 20 fois ; dans un cas on ne connaît pas le résultat, c'est celui de Kosinski. On sait encore que des vingt individus qui guérirent immédiatement après l'opération, neuf sont morts plus ou moins longtemps après, et presque toujours de récidive.

Le résultat final de l'extirpation du larynx, comme on le voit, n'est pas mauvais, puisque sur 30 opérés il y eut 20 guérisons certaines, un cas douteux et neuf morts seulement.

Je crois qu'on ne peut guère en espérer de meilleur, eu égard aux lésions qui ont décidé le chirurgien à agir et aussi au moment où il a eu recours à l'opération.

L'expérience a désormais démontré que les moyens que la science nous fournit actuellement : la méthode antiseptique de Lister, la trachéotomie précédant l'extirpation du larynx, l'usage de l'appareil de Trendelenburg pendant les manœuvres opératoires, sont autant d'agents qui contribuent, par leur emploi, à amener un plus grand nombre d'issues favorables.

En un mot, il me semble qu'en ce qui concerne l'opération en elle-même, on a toutes les garanties possibles et imaginables pour obtenir un bon résultat. Il ne me paraît pas qu'il en soit de même pour la cause qui conduit à opérer.

Je ne suis pas de ces chirurgiens qui s'épouvantent en face de l'acte opératoire le plus hardi. Tout au contraire, cela me plait ; mais seulement quand je suis assuré de bien faire et de pouvoir terminer l'opération avec la certitude d'avoir atteint le but proposé, c'est-à-dire d'enlever tout le mal.

On a dit (et on a agi en conséquence), que l'extirpation du larynx devait être spécialement réservée aux cas de carcinome. C'est là, d'après moi, le point discutable et sur lequel je ne me trouve pas d'accord avec beaucoup d'auteurs et entre autres avec Novaro, qui vient de publier une thèse sur ce sujet.

En ne partageant pas l'idée d'opérer pour le carcinome, je ne fais qu'appuyer ce que j'ai dit dans un autre de mes écrits sur la pathogénie et la thérapeutique du cancer en général. J'ai dit et je répète que je n'opère le cancer que dans certaines régions déterminées, si j'ai la certitude de l'enlever tout entier, et si le malade réclame l'opération, car il y a toujours l'épouvantail d'une récidive plus maligne que la manifestation première.

Nous sommes dans les mêmes conditions pour le larynx. Pour le cancer épithélial

(1) Trad. de l'*Imparziale* de Florence du 15 janvier 1881, p. 12-20.

seul on peut et l'on doit opérer. Ce fut la pensée qu'eurent tout d'abord Billroth et les autres opérateurs. En effet, Billroth opéra seulement lorsqu'il vit qu'il ne pouvait faire l'ablation de la tumeur en laissant le larynx, et qu'en enlevant cet organe il enlevait du même coup tout le mal. Mais aujourd'hui on ne s'en tient plus là; on parle d'enlever le pharynx, le larynx, la trachée, et puis tout ce qu'on rencontre de malade, et on le fait. En attendant, les opérés meurent ou bien guérissent, mais pour si peu de temps qu'on ne peut appeler cela guérison; la maladie ne tarde pas à récidiver, et le patient meurt.

Nous ne sommes plus ainsi dans les termes d'une extirpation du larynx, nous sommes dans ceux d'une extirpation d'on ne sait quels et combien d'organes, et alors les insuccès ne peuvent plus être attribués à l'opération, attendu qu'elle n'est plus telle qu'on l'avait établie, et que la maladie était assez étendue pour rendre le cas inopérable.

Je réponds dès maintenant à une objection qu'on pourrait me faire, en me disant que des opérations aussi graves que celles dont je parle ont pu néanmoins être exécutées avec succès. En effet, des deux cas de Langenbeck, dans l'un la mort survint peu d'heures après, dans l'autre la récidive se produisit rapidement, et le patient était mort quatre mois après l'opération.

On me dira peut-être que, si on n'opérait pas, la mort serait inévitable. Cela est vrai, mais il est vrai aussi que tel cas peut se présenter, quand il s'agit de maladie maligne très étendue, où l'on ne puisse terminer l'opération, à moins d'extirper..... Dieu seul sait quoi!

Mon opinion est la suivante : s'il s'agit d'un carcinome, et plus spécialement d'un cancer épithélial, nous opérons, mais à la condition de connaître les limites de la maladie. S'il ne s'agit pas de carcinome, on peut être plus hardi, parce que la pathologie et la clinique nous ont jusqu'ici appris qu'il s'agit de lésions localisées, très rarement récidivantes.

L'extirpation du larynx est un acte opératoire qui doit être exécuté; mais il faut, pour y avoir recours, en connaître bien les indications. Les résultats obtenus jusqu'ici sont suffisamment favorables pour encourager le chirurgien à la tenter. Mais cette opération n'est pas pour cela tellement bénigne qu'on doive la faire comme on ferait une opération quelconque. On a vu des individus mourir quelques heures seulement après l'opération; et cette mort ne peut certainement être imputable qu'à elle. Un tel fait doit nous apprendre qu'il ne faut opérer que dans les cas d'*absolue* nécessité, et non pour des lésions qui *peuvent* guérir d'une autre façon, ou qui pour le moins ne mettent pas en péril l'existence.

De tout ce que j'ai dit, il découle nécessairement cette conclusion : que l'extirpation du larynx doit être uniquement réservée pour les cas dans lesquels il s'agit de lésions non malignes ou, si elles sont malignes, limitées; et, aussi bien dans un cas que dans l'autre, de lésions circonscrites. Ce précepte doit surtout être observé quand l'extirpation n'est pas limitée au larynx seul, mais doit encore s'étendre au pharynx et à la trachée. En un mot, tout se résume en ceci : que le chirurgien connaisse, avant d'opérer, la nature et l'étendue de la lésion, et cela pour limiter autant que possible le champ de l'opération.

J'avoue que je ne puis ni ne sais approuver ces actes opératoires dans lesquels on enlève tant d'organes, tant de tissus, sans savoir comment réparer leur perte. Un ou plusieurs succès ne sont pas, à mon avis, des garanties suffisantes. Ces spectacles sont imposants; tout le monde brûle pour l'opérateur le grain d'encens de la louange; pour moi, je ne me laisse pas porter par la marée qui monte, et, calme, j'attends les résultats à venir pour me décider à accepter. Pour aujourd'hui, la prudence et ce que la clinique m'a enseigné me dissuadent d'accepter.

Le docteur Novaro, dans sa thèse, dit : « Celui qui voudrait l'admettre (l'opé-« ration) seulement dans les cas de sarcome, et la proscrire en revanche dans les « cas de carcinome, devrait aussi, pour être logique, s'abstenir d'opérer dans tout cas « de carcinome, quel que soit l'organe affecté »; et j'ajoute, pour être conséquent avec moi-même et avec ce que j'ai écrit autre part, que je ne veux pas le moins du

monde parler ici des sarcomes et des carcinomes, mais simplement dire que je refuse d'admettre comme indiquée l'intervention opératoire, quand il s'agit d'une tumeur maligne et infectante, et que cette tumeur est tellement étendue qu'on ne peut être mathématiquement sûr de l'extirper complètement.

Cette dernière condition est aussi nécessaire pour ces cas dans lesquels la lésion n'est pas de nature à rendre l'opération indispensable, parce qu'il ne convient pas de cacher qu'il s'agit d'un acte opératoire grave et d'une difficulté immense. Le professeur Enrico Bottini, hardi et habile opérateur, champion de la chirurgie italienne, qui le premier apporta dans le manuel opératoire une modification importante et très-utile par l'emploi du couteau galvanique, n'a pas craint, en répondant à Schmidt, lequel lui écrivait qu'il fallait beaucoup de sang-froid pour surmonter toutes les difficultés, de s'exprimer ainsi : « En exécutant une opération nou-« velle, j'ai étudié mes impressions, et maintenant je vous dirai : après l'avoir pra-« tiquée sur l'homme et répétée sur les animaux, elle me semble une entreprise « vraiment ardue et grave, dans laquelle il y a pour le chirurgien des moments de « grande crainte, où, pour ne pas se troubler, il a besoin de beaucoup de calme et « de circonspection. »

Je termine mes courtes considérations par ces quelques mots : 1° l'extirpation du larynx est un acte opératoire désormais accepté dans la thérapeutique chirurgicale; 2° qui doit être exécuté de préférence avec le galvano-cautère; 3° qui doit être réservé aux seuls cas graves dans lesquels la lésion n'est pas trop étendue pour que le couteau du chirurgien ne puisse l'atteindre; 4° on ne doit pas y avoir recours dans les tumeurs cliniquement malignes; 5° on peut encore opérer dans le cas de carcinome, mais seulement quand il est limité, qu'il ne s'agit pas de cancer mou, et qu'il n'a pas déjà amené l'infection générale. — P.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ASYLLABIE OU AMNÉSIE PARTIELLE DE LA LECTURE, par M. le docteur BERTHOLLE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

A la classification de Bastian, qui groupait tous les faits d'amnésie sous les trois chefs suivants : 1° aphasie, 2° aphémie, 3° agraphie, le docteur Bertholle ajoute une nouvelle forme clinique, l'*asyllabie*, ou « suppression de la lecture, avec conservation de la faculté de penser, de parler et d'écrire. » L'observation inédite suivante, dont la valeur et l'intérêt sont considérables, justifie la dénomination donnée à cette forme nouvelle d'amnésie :

En décembre 1872, M. F..., rentier, âgé de 52 ans, est atteint de phénomènes épileptiformes et des symptômes d'une méningo-encéphalite qui dure jusqu'en mars de l'année 1873. A cette époque, les phénomènes réactionnels s'amendèrent en quelques jours, et le retour du raisonnement fut complet; le malade reprit connaissance de lui-même et de ses affaires. Toutefois, il n'avait pas le souvenir des évènements des deux mois précédents et il se croyait toujours au mois de janvier. La lecture seule n'était pas revenue; le malade voyait les lettres, mais ne pouvait les assembler. Pour arriver à lire un mot, il devait préalablement en épeler chaque lettre isolément. Cependant, M. F... avait conservé la faculté d'écrire. La vision était intacte, et le malade se mit à apprendre de nouveau à lire.

En 1876, il arrivait à lire une partie de son journal. Cet état dura jusqu'en 1878, époque où il éprouva une attaque d'hémiplégie qui, au reste, disparut au bout d'un mois, mais après laquelle la lecture devint plus lente et plus difficile. Nouvelle attaque d'hémiplégie droite en février 1879 et augmentation des accidents paralytiques jusqu'en novembre, époque à laquelle on observe un retour incomplet de la parole; c'était la première manifestation de l'aphasie. Depuis cette époque, la paralysie a été en augmentant, l'intelligence a été perdue et l'aphasie est complète.

L'intégrité des fonctions visuelles, la conservation de l'intelligence et la possibilité d'apprendre de nouveau à lire, sont les preuves de l'existence d'une forme particulière de l'aphémie; c'est une variété clinique nouvelle de l'amnésie, distincte de l'aphasie, car cette dernière n'apparut que beaucoup plus tardivement à la suite d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite. C'est aussi sur ce phénomène d'asyllabie isolée, ou d'amnésie partielle de la lecture, que repose l'intérêt considérable de cette observation, qui est unique probablement

dans les écrits périodiques et les ouvrages classiques. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1881, n° 19.) — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur Lamore, relative à un appareil d'insufflation propre, suivant lui, à rendre des services dans les secours aux noyés et asphyxiés adultes, ainsi que dans les cas de syncope, quelle qu'en soit la cause.

2° Une note intitulée : *Analyse* de l'air d'une chambre chauffée par deux systèmes de calorifères, l'un dit américain, l'autre modifié par le docteur Godefrey. (Présentée par M. Bergeron.)

—

M. Jules GUÉRIN présente un numéro de la *Gazette des hôpitaux*, contenant un article qu'il y a publié sous le nom de *Théorie des maladies ébauchées et de la vaccination générale.* M. Guérin appelle principalement l'attention sur les deux conclusions suivantes de son article :

1° On a vu des cas nombreux de fièvre jaune ébauchée ou atténuée qui guérissent pour ainsi dire d'eux-mêmes. On a vu que ces cas paraissent surtout tenir à une sorte d'affaiblissement du principe virulent, par suite de transmissions individuelles successives; on a vu ensuite que, selon toute probabilité, ces atteintes légères de la maladie sont la cause de l'immunité dont jouissent ceux qui viennent habiter les pays où règne la fièvre jaune. La conséquence de ces deux ordres de faits mis en présence n'est-elle pas qu'il serait possible à la médecine de réaliser artificiellement ce que la nature produit spontanément sous nos yeux? Le problème consiste donc à déterminer, à préciser les conditions qui, de la part du malade qui fournit la contagion et de la part de celui qui la reçoit, amènent le principe contagieux à un état de bénign é propre à ne réaliser que la fièvre jaune ébauchée, et à isoler le principe contagieux lui-même, comme on est parvenu à le faire par la vaccine pour le typhus des bêtes à cornes.

2° La théorie de l'immunité vaccinale, comprise dans sa généralité comme elle doit l'être, permet d'espérer que toutes les maladies virulentes et contagieuses, telles que la fièvre jaune, la peste, le typhus, le typhus charbonneux, la fièvre typhoïde épidémique, etc., seront un jour inoculables à titre de préservation vaccinale, lorsqu'on aura déterminé les *conditions* et les *règles* propres à déterminer le principe contagieux de la maladie à son plus faible degré de virulence et de contagiosité, et lorsque le principe aura pu être isolé.

M. CHATIN présente, au nom de M. Dupuy (Edmond), pharmacien de 1re classe, un volume intitulé : *Manuel d'hygiène publique et industrielle.*

M. DE VILLIERS présente, au nom de M. le docteur Zinnis (d'Athènes), une brochure intitulée : *Principale cause de l'excessive mortalité chez les enfants trouvés et des moyens d'y remédier.*

M. LABOULBÈNE présente, au nom de M. le docteur Rousseau, directeur-médecin de l'asile des aliénés d'Auxerre, une brochure intitulée : *De l'origine des entozoaires.*

—

M. LE PRÉSIDENT annonce la nouvelle de la mort regrettable de M. Maurice Raynaud, membre titulaire de l'Académie.

Sur l'invitation de M. le Président, M. PETER donne lecture du discours qu'il a, au nom de l'Académie, prononcé sur la tombe de M. Maurice Raynaud.

Voici ce discours, que nous nous faisons un devoir de reproduire *in extenso*, et qui a mérité l'approbation unanime de l'assistance.

Messieurs,

Il y a deux ans à peine, nous nommions Maurice Raynaud académicien, et voici que, pleins de tristesse, nous menons son deuil lamentable.

Il y a six jours à peine, il assistait à notre séance académique (qui pour lui devait être la dernière), et à la suite d'un rapport sur le prix Civrieux, dont tous les lauréats sont des médecins de province, il me disait plein d'une joie patriotique : « Bravo! comme la province travaille! Évidemment la France n'est pas près de déchoir! »

Il n'y a pas quinze jours, enfin, il m'exposait le plan d'un discours qu'il devait prononcer,

au Congrès médical de Londres, sur « Le scepticisme en médecine », et voici que la tombe va se fermer aujourd'hui sur ce discours et son auteur !

Peut-être, pour qui sait observer, cette fin prématurée de Maurice Raynaud n'était-elle point tellement imprévue. Un amer chagrin rongeait son cœur, comme il empoisonnait son existence; ce chagrin c'était de n'avoir point encore à la Faculté la chaire que lui méritaient son grand savoir, ses multiples aptitudes et son incontestable talent.

Fils d'universitaire, il était universitaire jusqu'aux moelles et, par une cruelle ironie du sort, l'Université lui semblait fermée; eh bien, je le dis, convaincu, les temps étaient proches où, par la tribune académique, il aurait enfin conquis la chaire professorale.

Chacun se rappelle, en effet, sa brillante communication sur les bains froids dans le rhumatisme cérébral qui, deux séances durant, sut tenir l'Académie attentive et charmée.

Maurice Raynaud s'y montrait à la fois clinicien, physiologiste et orateur.

Dans une autre communication sur l'inoculation du virus rabique, il se révélait pathologiste expérimental.

Ainsi Maurice Raynaud était tout ensemble, médecin, savant, philosophe et lettré; aussi résultait-il de cette quadruple modalité de son esprit, que les travaux du médecin, inspirés par le savant, coordonnés par le philosophe, devaient au lettré les séductions de la forme.

On se figure volontiers Maurice Raynaud en plein XIV<sup>e</sup> siècle, à l'époque où fforisaient Erasme et Pic de la Mirandole; où le savoir ne se spécialisait pas mais s'universalisait au contraire; où l'on dissertait en Sorbonne *de omni re scib li*; où, en France, on parlait le latin de Cicéron plus couramment encore que le français de Rabelais; à cette époque la belle thèse de Maurice Raynaud, « *De Asclepiade Bithyno medico ac philosopho* », aurait eu certainement non plus de succès, mais plus de lecteurs.

Dans ses *Médecins au temps de Molière,* Maurice Raynaud met en parallèle avec l'état des sciences médicales celui de la littérature, et il fait voir que la médecine se trouvait alors tiraillée entre le galénisme déjà modifié, mais triomphant et tyrannique encore, et les découvertes contemporaines, dont la plus éclatante, celle de la circulation du sang, ouvrait l'ère, désormais sans limite, de la méthode expérimentale, de l'esprit d'analyse et de la libre discussion.

Il m'est impossible, à propos de ces travaux de Maurice Raynaud, de ne pas montrer ce que valent à la médecine les fortes études littéraires et philosophiques; il m'est impossible de ne pas dire qu'en élevant l'esprit davantage, elles élargissent d'autant l'horizon des idées; comme il m'est impossible de ne pas faire voir que Maurice Raynaud continuait à travers les siècles la noble tradition des médecins français *humanistes,* glorieusement représentée, au XVII<sup>e</sup>, par Guy Patin et, au XVIII<sup>e</sup>, par Théophile de Bordeu.

Hélas! de tant de travail et de tant de vaillance d'esprit, qui nous ont valu successivement la découverte de l'*asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités,* ses *Études sur les maladies du cœur, des artères et des veines,* et tant d'autres œuvres de premier ordre, que nous restera-t-il de Maurice Raynaud? Une réputation sans tache, un nom médical qui ne périra pas..... et ce peu de poussière!...

—

M. Théophile Roussel, à l'occasion de la communication faite, dans la dernière séance par M. Hardy, d'un cas de pellagre, lit un travail intitulé : *Cas de fausse pellagre,* qu'il résume de la manière suivante :

La séméiologie de la pellagre comprend deux séries chronologiques de phénomènes qui caractérisent deux états pathologiques successifs :

1° Une maladie primitive dont la marche et les progrès sont déterminés par la répétition des intoxications qui la produisent;

2° Un état cachectique consécutif, résultat complexe des intoxications et des conditions déprimantes au milieu desquelles la maladie toxique s'est développée.

L'observation d'alcoolisme produite par M. le professeur Hardy a certainement de grandes analogies avec ce dernier état; elle n'a rien de commun avec la pellagre primitive toxique des pays à maïs; c'est encore un cas de pseudo-pellagre.

M. Hardy pense qu'il n'y a pas lieu de discuter dès maintenant la question de l'étiologie et du diagnostic de la pellagre. Il voudrait simplement dire quelques mots sur la question de la délimitation des espèces nosologiques. Deux sources peuvent contribuer à cette délimitation : 1° l'anatomie pathologique ou examen des lésions; 2° l'étude clinique ou observation des symptômes fournissant un groupe symptomatique qui permet de donner un nom à l'affection qui le présente. Dans la pellagre, la source anatomo-pathologique manque; l'examen des lésions ne présente, en effet, rien de spécial : rougeur et ulcération de l'estomac et de l'intestin, rougeur et ramollissement des centres nerveux, etc.

Mais lorsque l'examen clinique permet de réunir un ensemble de symptômes comprenant les caractères principaux de la pellagre : phénomènes nerveux, troubles gastriques et intestinaux, affection cutanée spéciale que l'on ne trouve dans aucune autre maladie, lorsque cet ensemble symptomatique se trouve réuni, on a bien le droit de dire que le malade est atteint de pellagre.

M. Hardy soutient qu'il n'y a entre M. Roussel et lui qu'une affaire d'étiologie. M. Rousse pense que la pellagre est toujours produite par l'usage du maïs altéré. Mais d'autres observateurs pensent autrement, et, dans l'état actuel de la science, rien n'établit que la pellagre soit une maladie purement spécifique, ne reconnaissant qu'une seule et même cause.

Parmi ces causes figure l'alimentation par le maïs altéré; mais à côté peuvent trouver place également toutes les causes capables d'engendrer la misère physiologique et particulièrement l'alcoolisme. M. Hardy proteste, au nom de la clinique, contre les théories trop absolues de M. Théophile Roussel.

M. Lancereaux partage entièrement l'avis de M. Théophile Roussel. Il y a, suivant lui, audessus de l'anatomie pathologique et de la clinique, il y a la cause spécifique qui ne permet pas de rattacher la pellagre à la série des causes banales, telles que l'alcoolisme et la misère. Il a vu, à Milan, des pellagreux à l'état aigu, et plusieurs présentaient les apparences de l'alcoolisme. Mais on ne peut pas dire que les pellagreux de la Lombardie soient des alcooliques.

Dans le cas particulier du malade de M. Hardy, il y a des lésions évidentes de l'alcoolisme, et l'altération spéciale de la peau, incapable par elle-même de caractériser la pellagre, n'était autre chose que le résultat de troubles trophiques dépendant de la cause alcoolique.

M. Noël Gueneau de Mussy pense, comme M. Lancereaux, que la notion de la cause est bien plus importante que celle des manifestations phénoménales, pour caractériser nosologiquement une espèce morbide. M. Gueneau de Mussy a été frappé, en écoutant l'observation de M. Hardy, de l'analogie que présente le dépôt pigmentaire du dos de la main et de la face, avec les dépôts pigmentaires que l'on a signalés dans la maladie d'Addisson, et qui sont les symptômes et les effets d'un trouble pathologique ayant son origine dans une irritation du système nerveux abdominal, en particulier du plexus solaire, comme la pigmentation de la peau des femmes enceintes, etc.

M. Théophile Roussel fait observer qu'aucun des phénomènes indiqués par M. Hardy, chez son malade, n'est caractéristique de la pellagre, ni la diarrhée, ni l'état cachectique, ni la pigmentation cutanée. On trouve, en effet, des pellagreux sans érythème, et celui-ci n'apparaît ordinairement que lorsque les malades ont été exposés à la lumière solaire. Il admet que les alcooliques peuvent présenter des lésions ou des symptômes analogues à ceux que l'on rencontre dans la pellagre, mais ce sont de fausses pellagres.

M. Hardy admet que la pellagre est une maladie qui dépend de plusieurs causes, parmi lesquelles vient en première ligne l'usage du maïs altéré ; mais, encore une fois, à côté de cette cause, il peut en exister d'autres telles que l'alcoolisme, et si ses contradicteurs veulent bien accepter une pellagre alcoolique, il se déclarera satisfait. Il consent à leur passer le mot, pourvu qu'on lui passe la chose.

---

M. Lancereaux lit la seconde partie de son rapport officiel sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1880.

M. Jules Guérin demande que le rapport appelle l'attention du Ministre compétent sur les *desiderata* du service des épidémies. Il serait à désirer, suivant lui, que tout médecin des épidémies qui n'aurait pas adressé de rapport à l'Académie sur les épidémies qui auraient régné, pendant l'année, dans l'arrondissement dont il est chargé, fût considéré, *ipso facto,* comme démissionnaire et remplacé par un autre.

La proposition de M. J. Guérin est appuyée.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Lancereaux et pour discuter ces conclusions.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE. — Nouveaux faits de fausse hernie musculaire. — Traitement de la grenouillette. — Rapport sur un cas de myxome naso-pharyngien. — Cas de double bec-de-lièvre exceptionnel, chez un enfant exencéphalien. — Calcul engagé dans le canal de l'urèthre d'un enfant de 2 ans. — Présentation de pièce pathologique : abcès froid transformé en kyste.

M. FARABEUF communique deux nouvelles observations de fausse hernie musculaire résultant de la rupture d'un muscle de la cuisse, droit antérieur dans un cas, grand adducteur dans l'autre.

— M. VERNEUIL, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, revient sur la question de la pathogénie et du traitement de la grenouillette. Suivant lui, la grenouillette sus-hyoïdienne a son siège dans le canal de Warthon. Fréquemment, le kyste s'étend vers les parties voisines et envoie des prolongements qui rendent l'extirpation très laborieuse pour le chirurgien et très douloureuse pour le malade.

Les deux méthodes générales du traitement de la grenouillette sont, d'une part, l'établissement d'une fistule permanente ; d'autre part, l'oblitération du kyste par adhérence des parois au moyen d'une action irritative portée sur l'épithélium de la muqueuse.

M. DESPRÈS fait remarquer qu'il est toujours difficile de déterminer cliniquement le siège de la grenouillette, et qu'il y a lieu, en conséquence, de préférer à toute autre méthode celle de la création d'une fistule permanente.

M. TRÉLAT ne saurait partager l'avis de M. Desprès et pencherait, pour sa part, vers la méthode de la ponction suivie d'injections de teinture d'iode, moyen le meilleur, suivant lui, de traiter les tumeurs kystiques ayant des prolongements.

M. Théophile ANGER a observé, il y a quelques années, une jeune fille qui avait une tumeur sublinguale dont le diagnostic offrit de sérieuses difficultés. On pouvait croire qu'il s'agissait d'une grenouillette ; on constatait l'existence d'une poche contenant du liquide, sans être distendue, fluctuante, sans transparence, à cause de l'épaississement des parois.

Tous les moyens dirigés contre cette prétendue grenouillette demeurèrent inefficaces. Il fallut pratiquer l'extirpation, qui montra qu'il y avait là un kyste dermoïde au lieu d'une grenouillette. L'établissement d'une fistule amena la guérison de la tumeur, à la condition, pour la malade, de faire de temps en temps des injections dans le kyste pour le désobstruer.

M. DUPLAY dit qu'il importe essentiellement de bien distinguer un kyste dermoïde d'une grenouillette, une seule des méthodes de traitement de la grenouillette, l'extirpation, convenant au kyste dermoïde.

M. TILLAUX ne croit pas, comme M. Verneuil, que le siège de la grenouillette sus-hyoïdienne soit dans le canal de Warthon, étant donné le peu de dilatabilité du conduit. Suivant M. Tillaux, la grenouillette aiguë se développerait, non dans le canal de Warthon, mais dans cette bourse muqueuse que Fleischmann a découverte dans le plancher de la bouche.

Au reste, pour élucider et résoudre la question d'anatomie pathologique et de pathogénie qui divise les chirurgiens au sujet de la grenouillette, il faut de toute nécessité attendre l'occasion d'une autopsie. Tant que l'examen anatomique n'aura pas été fait, il y aura, sur le siège de la grenouillette, autant d'opinions que de chirurgiens.

— M. DELENS donne lecture d'un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Sinon, chirurgien militaire, et relative à un cas de tumeur fibro-myxomateuse naso-pharyngienne implantée sur le corps du sphénoïde, et opérée avec succès par la méthode de l'écrasement linéaire, sans opération préalable. Il ne s'est pas produit de récidive depuis l'opération, qui datait de sept mois au moment où M. Sinon adressait son observation. L'auteur conclut de ce fait que l'exemption du service militaire ne saurait être accordée aux jeunes gens atteints de cette affection avant qu'ils aient été opérés.

— M. LANNELONGUE communique un cas de double bec-de-lièvre exceptionnel chez un enfant exencéphalien. A gauche, division verticale située plus en dehors qu'à l'ordinaire ; cette division se porte obliquement sur la joue et arrive sur la paupière inférieure. La paupière supérieure est également divisée et affectée de coloboma. Les os sont divisés comme les parties molles, si bien que les fosses nasales et la cavité buccale sont à découvert. A droite, la division est encore plus rare. La division part de la commissure même, se dirige en dehors et en haut vers l'angle de l'œil et arrive à la paupière inférieure affectée de coloboma, ainsi que la lèvre supérieure. Ici les os ne sont pas divisés.

Quelque chose de très particulier, c'est l'existence d'une espèce de ligament partant de l'enveloppe fibreuse de l'encéphale et s'implantant, d'une part, à l'os maxillaire supérieur et, d'autre part, à la cornée.

Quel est le rôle de ce ligament? M. Lannelongue l'ignore complètement. Quoi qu'il en soit, ce cas est intéressant en ce qu'il complète la série des monstres de cette espèce connus jusqu'à ce jour. L'enfant a vécu six jours.

M. Lucas-Championnière dit avoir observé un cas offrant une analogie complète avec celui de M. Lannelongue, au moins du côté gauche où existait pareillement un ligament fibreux allant de la dure-mère au maxillaire supérieur et à la cornée. Mais, du côté droit, la ressemblance cessait, puisqu'il n'existait là qu'un bec-de-lièvre simple.

M. Polaillon dit que les Bulletins de la Société de chirurgie contiennent maintenant quatre observations analogues. Il rappelle qu'il a présenté, pour sa part, un enfant monstrueux dépourvu de voûte crânienne. Il avait deux tractus cutanés symétriques venant se rendre chacun au centre de la cornée correspondante. M. Polaillon attribue cette disposition à un arrêt de développement du fœtus pendant la période précoce de la vie embryonnaire où s'effectue le développement simultané des yeux et de l'encéphale.

M. Polaillon rappelle que M. Guéniot a présenté à la Société de chirurgie un enfant qui avait deux taches blanches symétriques, une au centre de chaque cornée, et qui étaient certainement les vestiges de l'insertion des tractus fibreux dont il s'agit.

— M. Lannelongue met ensuite sous les yeux de ses collègues un calcul qu'il a retiré de l'urèthre d'un enfant de 2 ans et qui avait occasionné une rétention d'urine pendant quarante-huit heures.

Lorsque M. Lannelongue vit le petit malade, la verge et le scrotum étaient très infiltrés. Une sonde métallique introduite dans l'urèthre, arrivée à une certaine profondeur, donna au chirurgien la sensation d'un frottement dur contre un corps étranger que M. Lannelongue présuma être un calcul engagé dans le canal. Il substitua à la sonde la curette à levier de Leroy (d'Étioles) avec laquelle il parvint, après une première tentative infructueuse, à extraire le corps étranger.

C'est un petit calcul de forme légèrement cylindrique recouvert d'une croûte calcaire due au séjour que le corps étranger a fait dans la vessie avant de s'engager dans le conduit uréthral.

La paroi de l'urèthre avait été perforée par le calcul, et il s'était produit une infiltration d'urine qui heureusement n'a pas été suivie de conséquences graves, car l'enfant a parfaitement guéri sans accident et sans incontinence.

Ce fait démontre que, chez les enfants très jeunes, les infiltrations urineuses n'ont pas toujours les effets toxiques qui ont été signalés particulièrement par le docteur Muron.

M. Marc Sée a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de présence de calculs analogues dans l'urèthre des enfants. Généralement, ces calculs sont formés de deux parties, un noyau central et une couche corticale. Ils sont composés essentiellement d'acide urique et d'un revêtement calcaire périphérique. Probablement ils ont pour origine de petits graviers formés dans les reins et descendus dans la vessie où ils s'encroûtent d'un dépôt de matière calcaire. Lorsque leurs dimensions ne sont pas très grandes, ces calculs peuvent s'engager dans l'urèthre et y déterminer les accidents de rétention d'urine.

— M. Le Dentu met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique relative à un cas de transformation d'abcès froid en kyste.

Le sujet de cette observation est un homme de 45 ans mort de tuberculose. Il avait présenté des abcès froids, sur différentes parties du corps. A l'autopsie, M. Le Dentu a trouvé au niveau de la troisième côte, une tumeur constituée par un kyste rempli par un liquide séreux, de couleur citrine; la tumeur avait contracté des adhérences avec les parties profondes, et la côte, à son niveau, présentait un épaississement du périoste.

Suivant M. Le Dentu, il aurait existé en ce point une ostéopériostite suppurée, et l'abcès se serait ensuite transformé en kyste.

M. Nicaise dit avoir observé récemment sur un jeune homme un kyste volumineux adhérent aux côtes et rempli de liquide séreux, transparent; la tumeur s'était produite dans l'espace de quelques jours. Il n'existait pas de point osseux malade; la guérison a été complète. Il n'est pas nécessaire, suivant M. Nicaise, que le pus des abcès froids soit d'abord lactescent pour se transformer ensuite en un liquide séreux, citrin, par résorption des globules blancs; ce pus peut se présenter tout d'abord sous l'apparence d'un liquide primitivement séreux et citrin.

M. Lannelongue rappelle qu'il a établi que le liquide des abcès froids n'est pas du pus. Il pense qu'il y a lieu de revoir à nouveau la question des kystes et de leur classification.

Dr A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## NÉCROLOGIE

### FUNÉRAILLES DE M. LE DOCTEUR MAURICE RAYNAUD.

Nous recevons le discours prononcé au nom de l'agrégation par M. le docteur Dieulafoy, et nous nous empressons de le publier :

Messieurs,

Au nom de la Faculté de médecine, au nom de la Société des agrégés dont il fut une si brillante personnification, je viens, avec une douleur profonde, je viens dire un dernier adieu à notre collègue, à notre ami.

Dès le début de sa carrière médicale, Maurice Raynaud s'était préparé à la grande lutte; il avait en vue l'école et l'enseignement, c'était le but de sa vie, c'était son plus ardent désir. Aussi le voyons-nous à l'œuvre dès ses premières années d'internat. Esprit ouvert et fortifié par l'étude des lettres qu'il aimait avec passion, travailleur ardent, chercheur, novateur par instinct, persévérant par nature, doué d'une intelligence d'élite qui le rendait apte à la fois aux travaux d'analyse et de synthèse, Raynaud devint rapidement une personnalité; la médaille d'or des hôpitaux, la médaille d'or de la Faculté lui sont décernées, et il clôture la première étape de sa vie médicale par une thèse inaugurale restée célèbre et devenue classique, « La gangrène symétrique des extrémités », où l'on retrouve à chaque page l'esprit de recherche et d'investigation joint aux plus brillantes qualités.

A dater de ce moment, c'est-à-dire dès 1862, Maurice Raynaud a une préoccupation dominante, c'est l'agrégation; ceux d'entre vous, Messieurs, qui ont suivi de près ces luttes émouvantes, où les vainqueurs et les vaincus déploient une si grande somme de labeur et de connaissances, ceux qui se rappellent avec quels adversaires Raynaud allait se mesurer, ceux-là comprendront quel fut son mérite de sortir du concours d'agrégation avec le premier rang.

Malheureusement, à cette époque, les agrégés ne possédaient pas encore les cours auxiliaires que la généreuse libéralité de l'École devait leur donner plus tard; de plus, l'agrégé ne restait que six ans en exercice, aussi Raynaud n'eut-il qu'une fois l'occasion de prendre place dans l'une des chaires de l'École, et la suppléance du cours de pathologie interne lui fut confiée.

Le succès de ce cours, où le jeune agrégé affirma hautement ses aptitudes professorales, ne devait pas le laisser longtemps en repos.

Aussi, plus tard, devenu agrégé libre, vous l'avez vu grouper autour de son enseignement clinique de nombreux auditeurs.

A l'hôpital Lariboisière, ses leçons sont assidûment suivies; à l'hôpital de la Charité, elles deviennent un centre d'instruction. Raynaud ne compte ni avec le travail, ni avec la fatigue; il donne, il prodigue le meilleur de lui-même, et c'est au milieu de cette brillante carrière, dans la force de l'âge et de la vie, qu'il vient de nous être brusquement, brutalement enlevé.

Que notre collègue, que notre ami, reçoive ici, avec ce dernier et triste hommage rendu à sa mémoire, l'expression de notre bien vive douleur.

### OBSÈQUES DE M. G. CHANTREUIL.

Les obsèques de Gustave Chantreuil, professeur agrégé à la Faculté, ont été célébrées lundi matin, au milieu d'une nombreuse assistance, profondément émue par cette mort imprévue et foudroyante. Tous ses maîtres, tous ses collègues, tous ses amis avaient tenu à lui rendre les derniers devoirs, à donner à sa famille inconsolable un témoignage de sincère et douloureuse sympathie.

A peine âgé de quarante ans, Chantreuil a été enlevé en trois jours par une perforation intestinale, certainement accidentelle, car rien ne pouvait faire songer chez lui à l'existence d'une lésion organique quelconque, et il avait toujours vaillamment résisté aux incessantes fatigues que lui causaient ses travaux, sa clientèle et son enseignement à la Faculté.

On sait ce qu'était Chantreuil, quelle situation il s'était faite par une vie toute de travail. C'est dire ce qu'il devait être et quel avenir lui était réservé; car il était de ceux qui ne s'arrêtent pas en route, et qui cherchent encore à dépasser le but que tant d'autres s'estimeraient heureux d'avoir atteint.

Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe. M. Pinard, le premier, a retracé en termes émus la vie et les travaux de Chantreuil; quelques paroles touchantes ont été prononcées au nom de l'Association des anciens élèves du lycée Saint-Louis et de la Société médico-pratique. Enfin, M. Tarnier a dit un dernier adieu à celui qui avait été son collaborateur et son ami.

Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le discours de M. Tarnier. Il est impossible de mieux faire sentir quel vide laisse Chantreuil, et dans la science, et dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu, dont il avait su conquérir l'estime et l'amitié. — G. H.

Messieurs,

La mort nous séparait hier de Maurice Raynaud, elle nous enlève aujourd'hui Gustave Chantreuil; les coups dont elle frappe le Corps médical sont si cruels et si imprévus que nous en sommes tous terrifiés; mais, quel que soit notre émoi, il est loin d'égaler notre douleur.

L'un des agrégés de la Faculté de médecine vient de vous dire quelle a été la vie scientifique de Chantreuil, quels ont été ses travaux et ses succès; mais l'homme de science, le jeune professeur que nous venons de perdre si malheureusement laisse derrière lui de nombreux amis qui, avant tout, aimaient en lui les qualités du cœur, et qui m'ont confié la douloureuse mission de lui adresser un suprême adieu. C'est en leur nom que je prends la parole, et je dois cet honneur à la vive amitié qui m'unissait à celui dont les restes vont disparaître dans cette tombe.

Gustave Chantreuil était le fils d'un médecin du Cateau. Ses parents, pour mieux assurer la solidité de ses études, l'envoyèrent au lycée Saint-Louis; mais ils ne purent se résigner à vivre loin de lui et se décidèrent à quitter la province pour venir habiter Paris. Peu leur importait d'être obligés de s'imposer quelques privations : tout, dans leur vie, était subordonné à l'avenir qu'une mère, aujourd'hui inconsolable, rêvait alors pour son fils unique, et cette ambition était assurément bien légitime, car celui-ci, après être sorti du collège, devint bientôt externe et interne des hôpitaux, docteur en médecine et chef de clinique d'accouchements. C'était le commencement d'une vie de succès qui devaient bientôt devenir de plus en plus grands.

Quelques mois plus tard éclatait la malheureuse guerre de 1870. Chantreuil, n'écoutant que la voix du devoir, s'engageait aussitôt comme médecin militaire, assistait à la catastrophe de Sedan, parvenait à se réfugier en Belgique et revenait bientôt à l'armée de la Loire, où il faillit succomber à un excès de fatigue, épuisé qu'il était par les soins qu'il avait prodigués aux blessés qui encombraient les ambulances.

Après la paix, il revint à Paris, reprit ses fonctions de chef de clinique et concourut pour l'agrégation. Il fut nommé à son deuxième concours.

Tout sembla dès lors lui sourire : il avait épousé une femme digne de lui; il était père de deux charmantes petites filles; il était recherché dans la clientèle; son autorité scientifique grandissait de jour en jour; la section d'accouchement à l'Académie de médecine l'avait classé en si bon rang qu'il était évident que les portes de l'Académie s'ouvriraient bientôt devant lui; sa position dans le monde médical était enviable et peut-être enviée, mais il n'y était parvenu que par des efforts incessants, au-dessus de ses forces, car il ne s'épargnait jamais à la peine. Ses cours, ses travaux de cabinet, les soins de sa clientèle l'avaient fatigué. Rien cependant ne pouvait faire prévoir la maladie foudroyante qui allait l'emporter.

Lundi dernier il était appelé en consultation à Colombes. En revenant, le soir, il fut pris de douleurs dans le ventre et de vomissement. Rentré chez lui, il fut obligé de s'aliter; il crut d'abord qu'il s'agissait d'une simple indigestion, mais les douleurs augmentèrent et le mal s'accrut avec une rapidité effrayante; une péritonite aiguë, due probablement à une perforation de l'appendice iléo-cæcal, s'était déclarée. Ses amis et ses anciens maîtres, accourus auprès de lui, jugèrent que la situation était désespérée, et il succomba jeudi soir, sans avoir eu un moment de défaillance, sans avoir montré un mouvement d'impatience, sans se douter, du moins nous l'espérons, qu'il allait quitter pour toujours ceux qui entouraient son chevet et qu'il aimait si tendrement.

Il avait 40 ans à peine, et, par une ironie du sort, il succombait le jour même où le Conseil de surveillance de l'Assistance publique venait de décider que les services d'accou-

chement des hôpitaux seraient désormais confiés à des accoucheurs nommés au concours. Assurément Chantreuil eût été le premier nommé, personne n'en doute.

Quand la mort saisit aussi brutalement un homme au milieu de sa vie et de ses espérances, en pleine maturité du talent, on est consterné et révolté de l'injustice du destin. Oui, la mort a été aveugle quand elle a frappé Chantreuil et l'a arraché à ses travaux, à ses projets, à l'amour de sa famille, à la science qui perd en lui un champion infatigable. C'est en effet par le travail seul, par son activité scientifique, qu'il s'était progressivement élevé à la haute situation qu'il occupait. Personne ne le sait mieux que moi, dont il a été le zélé collaborateur et l'ami dévoué que je pleurerai toute ma vie. Je ne puis songer sans une profonde émotion qu'il y a quelques jours à peine nous mettions en quelque sorte la dernière main au premier volume d'un Traité d'accouchements qui ne paraîtra, hélas, qu'après sa mort !

Les qualités maîtresses de Chantreuil étaient la persévérance dans le travail, le désir toujours inassouvi d'étendre le cercle de ses connaissances, une grande volonté, une fidélité à toute épreuve dans ses amitiés, une bonté qui ne s'est jamais démentie. Aussi, Messieurs, la perte que nous faisons est irréparable, et jamais notre douleur ne saurait être assez grande.

Et vous, infortunés parents, l'avenir que vous aviez rêvé pour votre fils était à peine réalisé qu'il est anéanti ; malheureuse femme et vous, chères enfants, vous voilà à tout jamais séparées de celui qui était votre guide et toute votre joie. Sachez du moins que vous ne serez pas seuls à le pleurer.

Adieu, Chantreuil ; adieu, mon cher collaborateur ; au nom de tous vos amis, adieu !

## FORMULAIRE

### Inhalations d'oxygène contre les vomissements incoercibles. — Pinard.

Dans un cas de vomissements incoercibles, observés chez une femme arrivée au quatrième mois de la grossesse, alors que les préparations opiacées à l'intérieur, les injections sous-cutanées de morphine et d'autres modes de traitement avaient échoué, l'auteur crut devoir recourir aux inhalations d'oxygène. La malade en respira 10 litres le premier jour, 12 litres le second, 15 litres le troisième, et à partir de ce jour, les vomissements cessèrent et la grossesse continua sans accident.

Pour combattre les vomissements opiniâtres des femmes enceintes, le professeur G. Sée conseille le bromure de potassium, à la dose de 3 ou 4 grammes par jour. — Certaines malades se trouvent bien d'un verre à liqueur d'eau-de-vie ou de kirsch à chaque repas. — N. G.

## COURRIER

Agrandissement de la Sorbonne. — Le Conseil municipal de Paris a voté dans sa dernière séance la reconstruction et l'agrandissement de la Sorbonne dont les limites nouvelles seront les rues des Écoles, Saint-Jacques, Cujas, Victor Cousin et de la Sorbonne. Les nouveaux bâtiments seront le siège de l'Académie de Paris et des Facultés des sciences, des lettres et de théologie. Le chiffre des dépenses est fixé à 22 millions payables moitié par l'État, moitié par la ville de Paris. Le projet de reconstruction et d'agrandissement sera mis au concours d'après les clauses et conditions établies par un jury où seront représentés le ministre de l'Instruction publique, le Conseil municipal, la préfecture de la Seine et les professeurs des Facultés.

— Une lettre de La Guayra (Vénézuela) apporte la nouvelle de la mort du marquis de Fronsac, de sa femme et de son fils, emportés tous trois, dans l'espace de quarante-huit heures, par la fièvre jaune, à Maiquetia, petite ville située à dix minutes de La Guayra.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 9 juillet 1881 (local de la Société de chirurgie), rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures 1/2 très précises.

*Ordre du jour :* 1° Rapport de M. Marchal sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Devalz. — 2° Note sur un cas de pustule maligne traitée par la teinture d'iode, par M. Thevenot. — 3° Communication sur la natalité considérable de la race nègre aux États-Unis, par M. Chervin. — 4° Note sur un nouveau désinfectant, par M. Horteloup.

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE MÉDICALE

## LE TÉNIA OBSERVÉ DANS L'INTESTIN ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 9 juillet 1880,

Par A. LABOULBÈNE,

Professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Le fait que je viens communiquer à la Société n'est pas nouveau, mais il est assez rare. Il s'agit d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire au troisième degré, mort subitement par hémoptysie provenant de la rupture probable d'un anévrysme de l'artère pulmonaire. Ce malade avait dans l'intestin un Ténia inerme ordinaire (*Tænia saginata* Gœze) que j'ai pu étudier, pour ainsi dire, *in situ*.

On trouve dans l'ouvrage classique de M. C. Davaine (1) la mention de Ténias trouvés à l'autopsie par Pruner, Pallas, Salathé, Rudolphi, Bremser, Lombard (de Genève), Bilharz, etc. Toutefois, je tiens de M. Davaine, qu'il n'a pas encore vu le Ténia dans l'intestin ; c'est, de mon côté, la première fois que j'ai pu faire cette observation. A deux reprises, il m'a été impossible d'ouvrir le corps de malades atteints de Ténia et qui venaient de succomber à une maladie ancienne.

Voici la relation du fait sur lequel j'appelle l'attention de la Société ; j'ai abrégé les détails recueillis par M. L. Beurnier, externe de mon service.

E... (Emile), âgé de 22 ans, typographe, entre à la Charité le 28 mai 1880, salle Saint-Michel, n° 15 *bis*, service de M. Laboulbène.

Dès l'arrivée de cet homme, on constate une tuberculose pulmonaire parvenue à la troisième période. Le poumon droit a des lésions moins avancées que le gauche. De ce côté, en effet, on trouve du gargouillement et de la pectoriloquie au sommet, en avant et en arrière, ainsi que sous l'aisselle. Dans le reste de l'étendue, il y a des râles plus ou moins gros, outre une respiration soufflante. A droite : respiration soufflante et râles dans toute la hauteur, tant en avant qu'en arrière, mais point de signes de cavernes superficielles. Les crachats du malade sont caractéristiques de la phthisie avancée. L'état général indique une anémie profonde. Pas d'antécédents héréditaires. Le mal a débuté il y a environ un an.

(1) C. DAVAINE, *Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, 2e édition, p. 95-96 et 919, 1877.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Quelle lugubre et sinistre semaine ! Et qu'elles sont cruelles les surprises de la mort ! En voilà quatre qui presque coup sur coup sont venues terrifier notre confrérie par leur soudaineté, leur complet imprévu et leur fatale ressemblance. Chauffard, Delpech, Broca, Maurice Raynaud, tous quatre succombent à quelques mois de distance avec la rapidité et la douleur horrible qui caractérisent cette mystérieuse affection désignée sous la bizarre appellation d'angine pectorale. Et quels hommes ! Tous dans la puissance de l'âge et la fécondité de leur talent, tous heureux et ayant acquis les belles positions qu'ils avaient le droit d'envier. On a bien dit, il est vrai, que Maurice Raynaud est mort du chagrin de n'avoir pas obtenu une chaire à la Faculté ; mais des trois autres, Delpech n'avait jamais, que je sache, aspiré au professorat, et Chauffard et Broca n'avaient rien à désirer sous ce rapport. L'étiologie de la mort de Maurice Raynaud, telle qu'elle a été indiquée dans les discours prononcés sur sa tombe, est pour moi contestable. Elle le sera également pour tous ceux qui ont connu les convictions profondes et la foi énergique de cet austère chrétien, acceptant avec soumission tout ce qu'il plaisait au Maître des maîtres de lui adresser. — « On ne veut pas de moi à la Faculté parce que je vais à la messe, me disait-il un jour ; or, j'aime mieux, je l'avoue, qu'on invoque ce prétexte que celui d'ignorance et d'incapacité. » — Et cela, il l'accompagnait d'un sourire qui accusait aussi bien la résignation du croyant que le froissement d'amour-propre du savant.

Bientôt après l'entrée, l'attention de M. Laboulbène est attirée par des symptômes nerveux, par certains malaises qu'éprouve E....; il a des éblouissements et de la céphalalgie passagère, des douleurs de ventre qu'il compare à « des rongements ». Ces phénomènes, insolites dans la phthisie, font examiner avec soin les selles du malade, et on y découvre après plusieurs semaines des cucurbitins de Ténia. Dès lors, E.... demandait à rendre le ver; mais on lui fit remarquer qu'il était trop faible pour subir le traitement par un anthelminthique, et qu'on devait chercher à le reconstituer avant de lui administrer le médicament ténicide. Le régime tonique était institué depuis longtemps et le malade expulsant presque chaque jour des cucurbitins, le moment paraissait favorable pour tenter l'expulsion du parasite, quand cet homme mourut subitement d'hémoptysie dans la nuit du 29 au 30 juin. Le veilleur venait de faire sa ronde habituelle, il avait vu E.... assis sur son lit, toussant comme à son habitude; à peine le veilleur était-il arrivé au bout de la salle, qu'on vient le chercher en lui disant que le malade vomissait le sang à flots. L'interne de garde appelé aussitôt ne tarda pas à arriver, mais le malade avait rempli son crachoir de sang rouge et spumeux. Quelques instants après, il succombait.

*Autopsie* le 1er juillet, trente-trois heures après la mort. L'aspect est celui d'un opéré exsangue. A l'ouverture de la poitrine on trouve les poumons dans l'état suivant : le poumon droit est parsemé sur toute la surface de petits tubercules. Il est de plus emphysémateux, surtout au bord antérieur qui recouvre complétement le cœur. A la coupe, on trouve, dans toute son étendue mais surtout dans le lobe supérieur, des tubercules ramollis. Vers le lobe inférieur et à la partie postérieure, il y a une forte congestion hypostatique. Le poumon gauche est très adhérent à la cavité thoracique; la plèvre est épaissie. A la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs et sur la partie latérale gauche de la poitrine, un peu au-dessous du creux de l'aisselle, on remarque une côte rongée, en quelque sorte, à sa face interne. Dans la partie supérieure il semble y avoir une caverne spacieuse, à cause de l'affaissement des deux faces; mais on ne pratique pas de coupes et l'on envoie l'organe dans le laboratoire de M. Damaschino, afin qu'il y soit procédé à l'injection de l'artère pulmonaire. Le sang vomi provient, en effet, du poumon et non pas de l'aorte, qui a été ouverte jusqu'au cœur.

Pour la recherche du Ténia, M. Laboulbène fait détacher le tube digestif avec le plus grand soin, depuis le cardia jusqu'à la partie inférieure du rectum. On l'étale ensuite et on l'ouvre par le bord correspondant à l'insertion du mésentère. Alors, à 70 centimètres du pylore on aperçoit le ver replié sur lui-même, formant une anse simple; plusieurs des anneaux offrent cette particularité qu'ils sont bordés latéralement par un espace d'un brun grisâtre, festonné et un peu transparent. A quinze centimètres plus bas, le ver est pelotonné sur lui-même ; au milieu de la partie enchevêtrée, M. Laboulbène découvre la tête fixée sur un anneau de moyenne grandeur; l'adhérence est très faible, car en la soulevant doucement avec une pince,

---

J'ai assisté à la soutenance de sa thèse pour le doctorat ès lettres en Sorbonne, et c'est un des souvenirs les plus agréables de ma vie. Entendre les plus célèbres professeurs de la Faculté des lettres de Paris argumenter pendant plusieurs heures une thèse latine et une thèse française contre un éminent argumenté qui ne s'expose à un pareil péril qu'avec la certitude du succès, et assister à cet éblouissant spectacle d'universitaires profondément lettrés, mettant en ligne toute la stratégie de l'argumentation pour placer de plus en plus en lumière les aptitudes, les talents et le savoir de cet élève de l'Université, je vous assure que ce tournoi était fort intéressant, très captivant, et que, malgré la longueur de ces luttes, on y prenait un plaisir extrême.

A l'issue de ces deux longues séances, le jury tout entier voulut présenter ses félicitations au docteur Vernois, oncle de Maurice Raynaud : « J'espère qu'il nous restera, lui dit le vénérable et savant doyen de la Faculté des lettres, M. Leclerc, et que l'Université sera heureuse de le conserver. » Je crois aussi que l'Université, en masse, eût partagé ce bonheur. Mais ce ne fut pas l'avis de la Faculté de médecine de Paris.

Aussi, pourquoi Maurice Raynaud allait-il à la messe, et pourquoi ne le cachait-il pas?

Le texte de la thèse latine de Maurice Raynaud était ainsi formulé : *De Asclepiade Bithyno medico ac philosopho,* et je me souviens surtout que, lorsque vint au professeur Berger son tour d'argumentation, jamais je n'ai entendu pareil feu d'artifice de bons mots, fins, spirituels, d'anecdotes piquantes et d'agréables plaisanteries sur la médecine et les médecins de l'antiquité.

Je ne rappellerai que le titre de la thèse française de Maurice Raynaud : car qui n'a lu ce charmant et délicieux volume : *Les médecins au temps de Molière,* qui à la plus aimable érudition joint la critique la plus saine et la plus judicieuse!

elle se détache presque d'elle-même. La tête est située exactement à 90 centimètres du pylore, et dirigée, ainsi que le cou, du côté de l'estomac. La longueur de la portion du Ténia replié sur lui-même dans l'intestin est de quarante-huit centimètres.

A 15 centimètres de la valvule iléo-cœcale dans l'intestin grêle, on voit encore un fragment de ver de 25 centimètres de longueur environ, et composé d'anneaux qui, trente-trois heures après la mort du malade, sont encore bien vivants; on constate manifestement qu'ils changent de forme, ainsi qu'un cucurbitin isolé trouvé au même endroit. Dans l'S iliaque, on découvre un cucurbitin, puis un second rapproché de celui-ci.

Enfin, on trouve de nouveau un cucurbitin à 20 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cœcale dans le côlon ascendant, puis successivement trois autres. Ces trois derniers sont dans le côlon descendant.

La longueur totale du Ténia déplié et mesuré est de 4 mètres 10 centimètres. Plusieurs des cucurbitins isolés avaient la forme en massue, puis ils ont changé d'aspect, sous nos yeux, en s'allongeant et devenant quadrangulaires.

En résumé, il s'agit d'un Ténia inerme, donnant encore des marques de vitalité trente-trois heures après la mort subite du malade.

Ce Ténia était placé dans l'intestin grêle à 70 centimètres du pylore, replié sur lui-même dans une étendue de 48 centimètres; la tête du ver, située à peu près vers le milieu de la portion enchevêtrée ou de l'écheveau rubanné, et à 90 centimètres du pylore, se dirigeait ainsi que le cou vers l'estomac, tandis que l'extrémité terminale du Ténia était tournée à l'opposé dans la partie inférieure vers le bas de l'intestin. La tête était fixée sur un anneau de moyenne grandeur et son adhérence était très faible.

A 15 centimètres de la valvule iléo-cœcale, dans l'intestin grêle, il y avait un fragment détaché de ce Ténia, de 25 centimètres de long, dont les anneaux changeaient de forme sous les yeux de l'observateur. Un cucurbitin isolé, trouvé au même endroit, prend tour à tour la forme en massue, puis s'allonge en progressant. Il est bien vivant.

De nouveaux cucurbitins ont été vus, l'un à 20 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cœcale, dans le côlon ascendant, trois autres dans le côlon descendant.

Dans l'S iliaque, on découvre d'abord un cucurbitin, puis un second, presque au même endroit, donnant tous les deux des signes de vitalité énergique.

Il y avait ainsi, dans le bas, l'intestin grêle, et, dans le gros intestin, un fragment de Ténia de 25 centimètres et sept cucurbitins isolés.

---

*
* *

Il y a quelques jours à peine je rendais compte dans ce journal d'une leçon donnée à la Faculté, suppléant M. le professeur Pajot, par M. le docteur Chantreuil, agrégé, ayant succombé, au bout de trois jours de souffrance, à ce que l'on croit avoir été une perforation intestinale. N'ayant ni vu ce regrettable confrère, ni pu me faire une opinion sur la nature de la maladie qui l'a si rapidement enlevé à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis, je ne me permettrai qu'une chose, c'est d'appeler l'attention de mes confrères sur la fréquence qui semble augmenter de ces affections enlevant les malades en deux ou trois jours, et qui, d'après ce qu'il m'a été donné de voir en plusieurs circonstances, ressemblent singulièrement à des accès de fièvre pernicieuse. Nous sommes peu habitués à voir à Paris des accidents de cette terrible et soudaine nocuité, mais les confrères ayant exercé dans les pays à fièvres ne s'y trompent guère.

*
* *

Et ce pauvre Mandl qui semblait ne pouvoir se décider à descendre vers les sombres bords, tant il a mis de temps à souffrir et à mourir! Mandl avait eu trois ambitions et il avait réussi à peu près à les satisfaire. La première fut de rivaliser avec le salon musical d'Orfila, et des nombreux compétiteurs qui eurent la même ambition, ce fut Mandl qui approcha le plus près du but. Surtout depuis la fermeture du salon Orfila, c'est dans le salon de Mandl que les artistes sollicitaient d'être entendus. Et ces sollicitations, dont Mandl était si heureux, devinrent si nombreuses que de mensuelles qu'elles étaient d'abord, puis de quinzaine, il fallut les rendre hebdomadaires. Et encore, le programme de chaque concert ou audition était

Enfin la longueur totale du Ténia déroulé, ces fragments non compris, était de 4 mètres dix centimètres.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## OBSERVATION DE KYSTE TRAUMATIQUE DU FOIE,

Par M. le docteur J. Lecerf, de Saint-Julien-de-Concelles (Loire-Inférieure).

La discussion qui a eu lieu récemment à la Société de chirugie, et que je trouve relatée dans l'Union Médicale du 5 avril, à propos des kystes hydatides du foie m'incite à publier un fait assez curieux de kyste traumatique de cet organe, que j'ai observé l'année dernière.

Le mode opératoire suivi dans cette circonstance, et qui m'a réussi, diffère un peu du mode habituel, puisque j'ai employé concurremment le cautère, la ponction et, finalement, l'incision.

Le 31 mai 1880, dans l'après-midi, je suis appelé en toute hâte au village de la Peltancherie, près d'un jeune homme d'une trentaine d'années, domestique de ferme, fort et vigoureux, qu'une charrette chargée de fumier venait, me dit-on, d'écraser. La charrette lui avait passé en écharpe sur le corps, de la hanche droite à l'épaule gauche.

État lypothymique des plus graves; pouls filiforme, impossible à compter; embarras extrême de la respiration; battements du cœur presque imperceptibles; sueur froide. Emphysème sous-cutané à la base du cou et à la partie supérieure de la poitrine. Fracture de plusieurs côtes et probablement du scapulum à gauche; clavicule intacte. — Je prescris une potion opiacée avec acétate d'ammoniaque, et je me retire, persuadé que mon malade n'a que peu d'heures à vivre.

Le lendemain matin, 1er juin, même état. L'emphysème sous-cutané s'est étendu, surtout à droite. — Même potion, un peu de vin chaud, repos absolu.

Le 2 juin, réaction assez franche; dyspnée intense, crachats hémoptoïques, pouls dur et fréquent. J'essaie d'ausculter sommairement, autant que possible : râles sibilants, crépitants, craquements pulmonaires.

Après une saignée copieuse qui diminue un peu la dyspnée, je collodionne tout le thorax et par dessus une épaisse couche d'ouate je l'immobilise avec un bandage de corps. Repos absolu, bouillon et eau rougie.

---

fait par lui-même et avec une grande sévérité, afin de plaire aux nombreux invités des vendredis et de ne pas déplaire aux artistes.

La seconde ambition de Mandl fut de devenir un collectionneur et un connaisseur en céramique. Aussi avait-il réuni une collection très nombreuse et très estimée d'objets de cette nature, dont le prix et la valeur n'avaient plus de secrets pour lui.

Sa troisième ambition fut d'acquérir une réputation de médecin spécial pour les maladies du larynx et de la voix. Il publia un volume sur ce sujet en même temps que le Conservatoire de Musique de Paris le fit nommer dans cet établissement professeur d'hygiène de la voix.

Je ne parierais pas que malgré le succès des ambitions de Mandl, ajouté à sa condition d'Israélite (et l'on sait que les Israélites sont les plus habiles acquéreurs et conservateurs de notre globe), je ne parierais pas, dis-je, que Mandl soit mort riche. Il y a deux ans, il eut la grande douleur d'être obligé de se séparer de sa collection de céramique. D'ailleurs Mandl était bon, généreux, serviable; il avait le caractère et le tempérament artiste, et le monde artiste ne brille guère par la prévoyance.

***

Sous ce titre, un *Singulier cas de suicide*, nous trouvons, dans le dernier numéro du *Siècle médical*, le curieux récit suivant :

Un homme se disputait, le 8 avril, avec sa femme, au sujet de l'argent du loyer qu'il ne pouvait lui fournir. Accablé d'injures par elle, il voulut en finir avec la vie. Prenant un poignard long de 10 centimètres, il le plaça verticalement sur le sommet de sa tête et, à l'aide d'un marteau, il l'enfonça jusqu'à la garde. Cela fait, il n'en fut pas plus avancé. Non-seule-

Du 3 au 8 juin, état stationnaire; expectoration sanglante très pénible. Dragées d'aloès, huile de ricin, séné pour vaincre la constipation.

Du 9 au 13 juin, amélioration progressive. Le malade commence à pouvoir se tenir sur son séant. Auscultation impossible à cause de la cuirasse d'ouate et du bandage.

Le 21 juin, enlèvement de l'appareil. A l'auscultation, râles assez nombreux encore dans toute la poitrine, surtout à gauche. Matité absolue et absence à peu près complète du bruit respiratoire à la *base droite*. Le malade se lève depuis quelques jours, il se trouve très bien et on le transporte chez son père, à 12 kilomètres du village.

Le 1er juillet, mon malade m'appelle et me fait observer que, depuis quelques jours, son coté droit a beaucoup grossi, et qu'il éprouve une gêne de plus en plus accentuée de la respiration. En effet l'hypochondre droit est manifestement plus gros, le foie me paraît augmenté de volume. Matité absolue et absence complète de bruit respiratoire et de vibrations thoraciques dans les trois quarts au moins du côté droit de la poitrine. Toux sèche; un peu de fièvre. Quoiqu'il n'y ait pas d'égophonie, je crois à une pleurésie et je prescris : grands vésicatoires répetés; potions de scille; lait.

Le 18 juillet, le malade vient chez moi en voiture (onze kilomètres). La gêne respiratoire est presque aussi grande; l'épanchement de la poitrine a peu diminué, si tant est qu'il y ait eu épanchement pleural. En effet, le foie est bien décidément hypertrophié; il descend à trois travers de doigt de la crête iliaque; de plus il est facile d'y constater une collection liquide qui me paraît considérable. De quelle nature est-elle? J'appelle mon confrère le docteur Guibal en consultation, et en l'absence de tout phénomène hépatique franchement inflammatoire, nous hésitons, tout en penchant pour un *kyste hématique*. Mais comme, d'un autre côté, le développement rapide de cette tumeur et la gêne croissante qui en résulte commandent d'agir promptement, nous en décidons l'ouverture. Le procédé par les caustiques serait trop long, mais l'absence de symptômes inflammatoires ne nous permettant pas de compter sur des adhérences, la ponction nous paraît dangereuse. Nous tournons la difficulté en combinant les deux méthodes. Nous appliquons donc sur la partie la plus saillante de la tumeur une couronne de quatre cautères à la pâte de Vienne, formant chacun un quart de cercle, distants entre eux de un centimètre, et limitant un espace rond de six centimètres de diamètre, espace qui sera suffisant pour une large ouverture avec le bistouri, si l'épanchement est purulent.

Le 31 juillet, sept jours après l'application du caustique, qui a été laissé trois quarts d'heure en place, je plonge un trocart de Beybart au milieu de l'espace laissé libre, et j'obtiens l'écoulement de près de quatre litres d'un liquide limpide, brun verdâtre, très légèrement visqueux, et dont M. le professeur Andouard (École de médecine de Nantes), a la bonté de nous donner l'analyse suivante : « Le liquide que vous m'avez envoyé contient de l'albumine et du sang. Les réactifs et le microscope ne laissent aucun doute sur ce point : fibrine, globules, albumine, etc., rien n'y manque. Il n'y a pas de leucocytes ni de pigments biliaires; je ne crois pas à la présence de la bile. Une des réactions de celle-ci s'est montrée douteuse; j'ai cru un

---

ment il ne lui était pas venu d'argent, mais il n'en avait pas fini avec la vie, et il ne sentait rien. Il avait toute son intelligence et l'usage de ses sens et de ses mouvements.

Très embarrassé d'avoir si mal placé son poignard, il dut faire appeler le médecin, qui essaya d'arracher ce couteau de la boîte du crâne, mais tous ses efforts furent infructueux. On appela le docteur Dubrisay. Nos deux confrères ensemble ne furent pas plus heureux. Ils soulevaient le malade en tirant sur le manche du poignard, mais l'arme, solidement fixée dans les parois du crâne, ne bougeait pas.

Alors on conduisit le malade dans un atelier du voisinage pour avoir des moyens de traction suffisamment énergiques. Placé entre deux portants, ayant dans leur intervalle une forte pince de fer mise en mouvement par une force mécanique, assis par terre et bien maintenu, la lame du poignard fut saisie, tirée sans secousse et arrachée, enlevant un peu le malade, qui retomba sur le sol. Il se leva aussitôt, se mit à marcher, à causer, et reconduisit M. Dubrisay à sa voiture en lui disant : *merci*.

La lame de l'instrument était un peu courbée vers la pointe. On voyait qu'elle s'était heurtée à un corps dur qui était la fosse occipitale. Craignant de voir apparaître des accidents de méningite, le malade fut conduit à Saint-Louis dans le service de M. Péan; mais il en est sorti au bout de huit jours, sans qu'il se soit développé d'accidents inflammatoires ou paralytiques.

Comme procédé de suicide, celui-là est curieux et on peut le publier sans crainte de produire une épidémie d'imitation.

***

Une maladie contagieuse, dont ceux qui en étaient atteints ignoraient la cause, mettait en

instant à l'existence de la biliverdine ; un examen prolongé m'a prouvé que la coloration développée par les réactifs tenait à l'altération de l'hémoglobine. »

Quoi qu'il en soit, le malade étant considérablement soulagé par la ponction, la petite plaie du trocart fermée par un peu de taffetas, j'applique un bandage de corps et prescris : repos absolu, bouillon et eau vineuse.

Le lendemain matin, 1er août, frisson violent suivi d'un fort accès de fièvre. Potion d'aconit et sulfate de quinine, 1 gramme 25.

Le 2 août. Nouveau frisson. Le 3 et le 4, le liquide revient peu à peu dans la tumeur. Tout me fait craindre la suppuration, car la fièvre continue, toutefois sans nouveaux frissons. Agitation, insomnie ; point de douleur abdominale. Je continue l'aconit, le sulfate de quinine, et j'ajoute du sirop de chloral.

Le 5 août. Symptômes de congestion pulmonaire. Vésicatoires et ventouses. Pendant les dix jours qui suivent, je n'obtiens aucune résolution de la congestion pulmonaire, qui a envahi toute la poitrine, et me paraît de nature hypostatique. L'épanchement s'est reproduit rapidement dans la tumeur, qui a repris ou même dépassé son volume primitif. La gêne respiratoire est considérable, l'hématose devient de plus en plus difficile. Une opération nouvelle et plus radicale s'impose.

Elle est pratiquée le 17 à neuf heures du matin, par M. le professeur Joüon, qui a bien voulu nous assister. Incision couche par couche des tissus entre les cautères. Écoulement d'un flot de liquide entièrement semblable au premier (cinq litres et demi). Le doigt promené dans la plaie a la sensation d'une poche à surface tomenteuse. Ce nouveau liquide, analysé par M. Andouard, ne semble pas contenir de pigments biliaires. Il est sanguin ; le microscope y montre des globules rouges et blancs et des cristaux d'hématoïdine.

Immédiatement après l'opération, douleurs vives dans le ventre, anxiété extrême, pouls à 150, filiforme. Nous administrons un peu de vin pur avec six gouttes de laudanum de Rousseau. Double drain dans la plaie ; charpie et bandage de corps ; bouillon et vin dans la journée.

Le soir, à six heures, les douleurs sont moins vives ; je trouve les pièces du pansement colorées en jaune. Le pouls est toujours à 150, et donne une ondulation tremblotante plutôt qu'une pulsation véritable. Sirop d'opium, bouillon et vin pur.

Le 18 août, huit heures du matin. État général bien meilleur, ventre peu douloureux, non ballonné ; pouls à 116 ; écoulement continuel d'un liquide jaune qui me paraît être de la bile pure, et qui tache toutes les pièces du pansement.

Du 19 au 22, l'amélioration continue ; le pouls tombe à 100. Je commence desi njections de chloral (1 pour 500) trois fois par jour.

Le 25 août. L'écoulement par la plaie est moins abondant. Le bandage de corps est imbibé d'une sérosité presque incolore, mais la charpie au contact de la plaie est pénétrée d'un liquide

---

émoi depuis quelques jours les habitants de la commune de Castelginest, dans les environs de Toulouse, et le mal de la peur avait déjà gagné les habitants des villages voisins.

M. le docteur Ripoll, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Toulouse, fut chargé par M. Merlin, préfet de la Haute-Garonne, de se rendre à Castelginest et de procéder à une enquête. Il se mit sans retard en rapport avec l'administration municipale et avec M. le docteur Bernard, médecin cantonal, et ne tarda pas à acquérir la certitude qu'il ne s'agissait ni de lèpre ni de tout autre affection épidémique grave. Il y a eu tout simplement transmission d'une maladie de peau contagieuse par le contact.

Cette maladie a nom l'*herpès circinné*. De même que la gale se transmet par un animalcule, l'herpès se communique à l'aide d'un champignon de nature et d'espèce particulières.

Le premier cas de contagion s'est produit à la suite d'une barbe faite avec un rasoir qui venait de servir à un militaire atteint du mal en question et récemment arrivé dans le pays.

Il y eut, à propos de cette arrivée, des accolades, des poignées de mains. Le lendemain, onze personnes étaient atteintes d'herpès.

Depuis ce moment, aucun fait nouveau de contagion ne s'est produit, et les premiers atteints, y compris celui qui a été la cause de la propagation du mal, sont déjà complètement guéris.

Heureusement que le docteur Ripoll ne subira pas le sort que voulut infliger au médecin le barbier de Fernay, auquel pareil accident était arrivé et qui voulut faire un procès en dommages-intérêts pour avoir indiqué la cause et la nature de la maladie que, fort innocemment, il avait provoquée.

Dr Simplice.

demi-crêmeux, couleur jaune de chrome. Pouls à 90; sentiment de mieux très accentué; appétit; potage à discrétion.

Le foie ne se perçoit presque plus, on dirait qu'il a disparu. La matité existe encore en partie dans le tiers inférieur de la poitrine à droite, avec un peu d'obscurité dans la respiration, quelques râles et frottements; respiration normale partout ailleurs. La toux, du reste, a presque entièrement cessé à partir de la dernière opération. Injections de chloral au 300$^{me}$.

Le 30 août. Ventre absolument indolent; pus glaireux un peu plus pâle et parsemé de grains rougeâtres. Selles un peu grises, mélangées de quelques glaires, sans coliques. Urines claires. Pouls à 110. Malgré cette fréquence du pouls et un amaigrissement sensible, le malade se trouve bien et a très bon appétit. Je lui ordonne de se lever dans son fauteuil.

Le 3 septembre. Mieux sensible; le pouls est tombé à 95; écoulement encore moins abondant et plus franchement purulent.

A partir du 8 septembre, l'écoulement s'est peu à peu tari; les drains ont été successivement enlevés; la cicatrisation s'est faite, et dès le mois de novembre, le malade se trouvait en état de reprendre peu à peu ses travaux des champs. Aujourd'hui, sain et dispos, il n'a plus que le souvenir de son long et douloureux martyre.

Quelle était la nature de cette collection liquide? Quel était son siège? Je ne puis voir là qu'un kyste consécutif à une rupture du foie, rupture intérieure et n'ayant point intéressé la capsule, puisqu'il n'y a pas eu d'épanchement dans le péritoine. Mais si l'on admet ce diagnostic, comment se fait-il que l'analyse de M. Andouard, à la suite de la deuxième opération aussi bien qu'après la première, affirme aussi catégoriquement l'absence de la bile, surtout quand on songe que l'écoulement ultérieur en a eu tous les caractères physiques?

Comme dernière réflexion, j'aurai encore à faire ressortir ceci : l'application des caustiques, telle que nous l'avons pratiquée, a réussi à nous donner des adhérences suffisamment solides. Car on ne peut guère attribuer qu'à des adhérences les douleurs si vives qui ont suivi le retrait de la poche kystique après son évacuation rapide, puisqu'aucun symptôme de péritonite n'est venu s'y ajouter.

## CORRESPONDANCE

L'observation du docteur Garrigou, publiée dans notre numéro du 30 juin, a vivement intéressé nos lecteurs. Elle nous vaut une communication de M. le docteur E. Burdel, de Vierzon, sur un moyen de conjurer rapidement les empoisonnements par les alcaloïdes. Nous donnons avec plaisir la relation des deux faits où notre distingué confrère a su combattre avec succès de graves accidents produits par la noix vomique et par le sulfate d'atropine.

J'ai lu avec le plus grand intérêt les péripéties du drame pathologique dont notre confrère, le docteur Garrigou, a failli être victime, et j'ai admiré l'énergie morale dont il a fait preuve dans cette circonstance. Voulez-vous me permettre, à ce sujet, de faire à l'Union Médicale une communication qui pourra être d'une grande utilité en semblable occasion? Deux fois déjà, dans des circonstances analogues, j'ai usé d'un moyen thérapeutique des plus rapides et des plus énergiques, qui, s'il avait été pratiqué chez notre confrère, eût fait disparaître plus promptement tous les accidents dont il a eu à souffrir.

Dans le premier cas, c'est le malade qui avait commis l'erreur, et non le pharmacien. Habitué à prendre des gouttes de noix vomique dans une cuillerée à café de teinture de colombo, il arriva qu'un jour, prenant l'un pour l'autre, il absorba *une cuillerée à café de teinture de noix vomique*, dans laquelle il ajouta 6 gouttes de teinture de colombo. Dix minutes après, le malade ressentait les symptômes de l'empoisonnement par la noix vomique : douleur violente à l'épigastre, bruissement des oreilles, contractions dans toute la tête, les mâchoires et les membres. Tel était son état lorsque j'arrivai près de lui, vingt minutes après l'ingestion du mélange. On avait, avant mon arrivée, tenté en vain de le faire vomir; les symptômes devenaient de plus en plus graves.

Je fis immédiatement une injection hypodermique d'*un milligramme de sulfate d'atropine* dissous dans quelques gouttes d'eau, et huit minutes s'étaient à peine écoulées que déjà les contractions s'apaisaient et que le malade était moins agité. *Un demi-milligramme* fut injecté de nouveau; en vingt-cinq minutes, toute trace d'empoisonnement avait disparu.

Dans le second cas, l'agent toxique a été l'atropine injectée pour une névralgie rebelle à la dose de *trois milligrammes*. Les accidents très graves ont été immédiatement suspendus par une injection de *deux milligrammes de sulfate de strychnine*, faite en deux fois à dix minutes d'intervalle.

Voyez quelle ressource thérapeutique nous offrent les injections hypodermiques (lorsqu'on arrive à temps) dans les empoisonnements par les alcaloïdes, en opposant à ceux-ci *leurs contraires*. Je dis les alcaloïdes, parce que malheureusement, dans les intoxications par les sels de mercure, de cuivre, d'arsenic, etc., nous n'aurions pas la même puissance par le même moyen. Les alcaloïdes ont une action directe sur les centres nerveux; c'est une course à toute vitesse qu'il faut tenter pour arriver aussi vite que le poison, et en neutraliser les effets par des effets contraires. Grâce à l'injection hypodermique, on peut faire parvenir rapidement un antidote jusqu'aux centres d'innervation, et obtenir des résultats précieux.

Je serai heureux si cette note peut rendre service à mes confrères, en leur montrant l'efficacité de la médication dont je me suis servi avec avantage dans deux cas où la mort eût été, je le crois, inévitable.

Dr E. BURDEL (de Vierzon),
**Membre correspondant de l'Académie de médecine.**

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Notes cliniques sur certains troubles sensitifs et vaso-moteurs de la peau coïncidant avec des phénomènes ortiés* (hommes autographiques), par M. le docteur CHOUET, médecin aide-major au 16e d'artillerie. — Les troubles circulatoires de la peau qui constituent les phénomènes autographiques se rencontrent habituellement chez les hystériques ou chez les malades prédisposés aux urticaires. Dans les trois observations du docteur Chouet, les malades étaient de jeunes soldats, très impressionnables, lymphatiques et atteints de troubles de nutrition de la peau — (acné, taches hépatiques), — mais indemnes jusqu'à leur arrivée au régiment de tout phénomène ortié. Des lignes tracées par l'ongle sur la peau étaient d'abord pâles, puis rouges et devenaient le siége de démangeaisons. Entre les traits, la peau prenait une teinte rouge érythémateuse. Enfin, après quelques secondes, des bosselures couleur lie de vin et formées par des séries de boutons en grains de chapelet, se montraient sur chacun des traits, et persistaient pendant plusieurs heures, tandis que la rougeur érythémateuse disparaissait rapidement. Le frottement, la compression des vêtements, le froid, la chaleur modérée, les courants induits provoquaient ces phénomènes. Chez l'un des malades une injection sous-cutanée d'atropine et une autre de morphine produisirent les mêmes manifestations sur la peau.

Ces manifestations ortiées étaient plus marquées sur le côté droit du corps et s'accompagnaient d'une anesthésie cutanée dans les mêmes points, comme on a pu s'en assurer au moyen du compas. — Chez deux malades, il existait de l'anémie.

Ces phénomènes sont de même ordre que ceux qui ont été signalés par Dujardin-Beaumetz, Const. Paul, Vulpian, Duguet, et surtout par Blachez. Ils sont comparables, sans doute, à la raie de la méningite et résultent soit d'un manque d'équilibre entre les nerfs vaso-moteurs propres et les nerfs vaso-dilatateurs (Vulpian), soit d'une contracture des fibres musculaires propres de la peau, contracture analogue à celle qu'Erasmus Wilson a décrite dans l'urticaire nerveux spasmodique. (*Marseille médical*, 1881, n° 1.) — Ch. E.

*Thrombose de la veine cave inférieure avec embolies artérielles consécutives*, par J. WILK ZAHN. — Cette observation vient à l'appui des faits qui ont été publiés par Cohnheim et par Litten dans lesquels les matériaux emboliques venant du cœur droit avaient pu, à travers le trou de Botal persistant, pénétrer dans le cœur gauche et envahir le système artériel. Chez la malade du docteur Zahn, on a en effet constaté à l'autopsie l'existence d'un thrombus, placé à cheval sur l'orifice du trou de Botal persistant, et provenant de la veine iliaque droite ou de ses branches. Ce thrombus était donc d'origine embolique. D'autres thrombus de même origine, avaient suivi le même trajet, mais celui-ci à cause de sa forme n'avait pu franchir le trou de Botal et était resté engagé dans son orifice. Les conditions pathogéniques favorables à la migration de ces embolies, sont : 1° la stase du sang dans le cœur droit, par gêne de la petite circulation; 2° la dilatation des orifices cardiaques et par conséquent du trou de Botal. — (*Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 4, p. 227, 15 avril 1881.) — Ch. E.

*Chorée partielle*, par M. le docteur OLLIVIER, médecin en chef, professeur à l'École de médecine navale de Toulon. — L'observation suivante est empruntée aux leçons de clinique médicale du docteur Ollivier, qui a fait ressortir combien ce cas est exceptionnel.

Le militaire dont il s'agit est âgé de 22 ans et ne possède pas d'autres antécédents mor-

bides qu'une fièvre paludéenne dont il a souffert à Cayenne il y a quelques mois, et dont il est complétement guéri. La maladie actuelle débuta par la contracture du sterno-mastoïdien droit, qui dura huit jours et fut remplacée par des contractions cloniques des muscles de l'épaule gauche et des mouvements de rotation de la tête ayant pour effet de porter la face à gauche. L'agitation alla en augmentant; l'ataxie était limitée, à l'entrée du malade à l'hôpital, au sterno-cléido-mastoïdien droit, aux fibres supérieures du trapèze gauche, à la portion cervicale du peaucier gauche, et, dans l'agitation extrême, elle s'étend au grand pectoral gauche et au risorius de Santorini. Il en résulte 90 à 100 fois par minute des mouvements d'oscillation de la tête, l'écartement des deux lèvres du côté gauche et des mouvements d'adduction du bras, quand le grand pectoral se contracte. La volonté ne peut pas suspendre ces spasmes rhythmiques, elle les atténue seulement. Durant le sommeil, le plus souvent les mouvements sont interrompus et l'attitude du malade est celle de la provocation : la tête tournée à gauche, l'épaule gauche soulevée, la main appuyée sur la hanche, le regard dirigé en bas. De temps en temps l'agitation se montre, probablement sous l'influence d'une excitation nerveuse centrale. La marche est normale, la mastication, la déglutition, l'articulation des sons n'ont pas subi de modification notable.

L'excitabilité réflexe est augmentée surtout dans le décubitus dorsal, ainsi que l'excitabilité électrique des muscles et surtout des muscles atteints par la chorée. Le malade se plaint de douleurs diffuses, surtout au niveau du deltoïde gauche et au-dessous du mamelon du même côté. La sensibilité tactile est diminuée seulement en un point, situé vers le milieu du deltoïde droit. Les autres organes sont indemnes de tout trouble fonctionnel. L'emploi alternatif des cyaniques, des opiacés, de la belladone, des bromures, des anesthésiques (éther, chloral), combiné avec l'usage de l'hydrothérapie et des préparations arsenicales, donna un résultat favorable en quelques mois. (*Archives de médecine navale*, t. XXXV, p. 138, n° 2, février 1881.) — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Milne Edwards présente une Note de M. J. Chatin, sur la formation du kyste dans la trichinose musculaire.

« L'étude du kyste qui isole la trichine des tissus où doit s'accomplir la période larvaire de son existence a été à peine ébauchée, il y a une vingtaine d'années, à une époque où les recherches d'histogénèse et de différenciation tissulaire étaient trop peu avancées pour qu'on pût apprécier exactement les phénomènes essentiels qui dominent l'ensemble de cette néoformation.

Décrivant le kyste tantôt comme constitué aux dépens du tissu contractile et tantôt comme « sécrété » par le nématode, les auteurs se sont simplement attachés à relever quelques dissemblances dans l'épaisseur ou dans l'aspect de ses parois, sans déterminer aucunement sa véritable origine. Pour être assuré de pouvoir interpréter celle-ci avec une rigueur suffisante, il convient de suivre la trichinose dans ses différentes phases et d'en observer les effets, soit sur les animaux qui meurent naturellement au cours de l'affection ou dans ses premières périodes, soit sur des sujets sacrifiés à des époques variables après le début de la maladie.

Parvenu dans les muscles, l'helminthe ne tarde pas à contracter des adhérences avec le tissu nterfasciculaire, dans lequel on remarque de rapides modifications : les éléments connectifs perdent toute valeur propre; leurs parties essentielles s'hypertrophient, et, devant l'accroissement du protoplasma, le tissu semble disparaître pour n'être plus représenté que par une masse amorphe. Toutefois, ce dernier qualificatif ne saurait s'appliquer ici, car on découvre des noyaux disséminés dans la masse, qui se trouble même légèrement par l'existence de vacuoles dont la notion, combinée avec celle des noyaux, oblige à considérer la néoformation comme divisée en champs cellulaires dont la parenté histique se trouve nettement indiquée par les phénomènes évolutifs qui viennent d'être résumés. Cette parenté va d'ailleurs s'affirmer par de nouveaux caractères.

Dans la masse qui s'accroît rapidement et comprime les faisceaux primitifs, on reconnaît des produits de différenciation qui ne laissent pas d'être assez bien sériés : tout d'abord se montrent des granulations très fines, de nature protéique; puis, peu après, on distingue d'autres granulations, non plus albuminoïdes, mais présentant toutes les réactions de la matière glycogène (coloration en brun acajou par l'iode, etc.).

Leur apparition ne peut surprendre, car on sait qu'elles s'observent dans toutes les formations douées d'une grande activité; cependant il est intéressant de les rencontrer au début de la trichinose musculaire. Elles achèvent, en effet, d'établir la véritable signification du tissu

kystique, et semblent permettre un lointain rapprochement entre les phénomènes que les masses contractiles présentent aux premiers stades de leur évolution chez l'embryon et ceux qui s'y manifestent dans la phase initiale de l'helminthiasis.

C'est peu après l'époque caractérisée par l'apparition du glycogène que l'on commence à constater d'importants changements à la périphérie de la masse granuleuse. Complètement enroulée, la trichine est désormais à l'état de vie latente ; le kyste doit lui offrir une protection suffisante pendant toute la durée de son stage ; aussi voit-on la néoformation s'indurer vers sa partie extérieure : modifiant leur forme et leur texture, les éléments de cette zone constituent bientôt une couche pariétale qui s'épaissit notablement. Qu'elle reste simple, qu'elle se montre lamelleuse, qu'elle se revête de plicatures, de réticulations, etc., ce sont là des détails secondaires. La notion fondamentale réside dans l'origine du kyste, telle qu'elle vient d'être exposée ; elle suffit à montrer comment l'opinion si longtemps défendue, et suivant laquelle e kyste eût été formé aux dépens du sarcolemme, s'est trouvée en défaut dès qu'on a signalé la trichine dans d'autres tissus et particulièrement dans le tissu adipeux. C'est qu'en réalité le sarcolemme ne prend aucune part à la constitution du kyste ; à peine viendra-t-il parfois renforcer localement ses parois ; il ne pourra lui fournir qu'une tunique purement adventice, analogue à celle que lui forment quelquefois les éléments conjonctifs, à la suite de phénomènes complexes qui seront décrits ultérieurement. Il y a mieux : c'est que, lorsque le nématode contracte ses premières adhérences avec le sarcolemme et non avec le tissu interfasciculaire, il meurt rapidement sans déterminer de néoformation ou sans que celle-ci se trouve indiquée autrement que par une sorte d'exsudat fibrineux.

A la suite de la constitution des parois limitantes, l'ensemble du kyste demeure assez longtemps stationnaire, puis la masse centrale devient le siége de diverses formations généralement régressives. Leur étude fera l'objet d'une prochaine communication. »

M. G. de Lalagade fait connaître les expériences qu'il a faites pour modifier le récepteur du photophone, en recevant les rayons solaires sur des parcelles de fer microscopiques appliquées contre une mince feuille de laiton et maintenues adhérentes par l'action d'un aimant.

M. Sidot adresse une Note « sur la fabrication d'un gaz éclairant par la distillation des matières fécales.

*Sur les greffes osseuses*, note de M. Ollier. — « Grâce à la méthode antiseptique, et en particulier au pansement de Lister, qui en est jusqu'ici le procédé le plus pratique, la chirurgie est aujourd'hui en mesure de réaliser certaines opérations, formellement proposées depuis ongtemps, mais restées à l'état de conceptions théoriques, à cause des dangers qui accompagnaient jusqu'ici la plupart des plaies pratiquées sur l'homme, surtout dans les tissus profonds.

La greffe animale est une des opérations qui devront bénéficier le plus de la possibilité que nous avons aujourd'hui de soustraire les plaies aux agents infectieux. Son principal obstacle a été, en effet, jusqu'ici, l'altération septique du milieu organique dans lequel devait vivre le tissu transplanté.

La greffe osseuse, en particulier, nous permettra de pratiquer chez l'homme les opérations restauratrices, que nous n'avions pu faire réussir que chez les animaux, plus tolérants pour les traumatismes. On peut même espérer obtenir chez l'homme des résultats plus complets, parce que l'opéré humain gardera le repos et l'immobilité qui sont indispensables au succès de l'adhésion des tissus transplantés.

Il en sera probablement pour les greffes comme pour les résections sous-périostées, qu donnent chez l'homme des résultats plus réguliers, plus satisfaisants que chez la plupart des mammifères, par la seule raison que l'homme se soumet au traitement consécutif nécessaire à une production osseuse régulière.

M. Mac Ewen, de Glascow, dans la Note que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, vient de confirmer de la manière la plus éclatante la réalité de la greffe osseuse sur l'homme.

Il a réussi à reconstituer 0$^{m}$,114 de la diaphyse humérale, au moyen de six fragments osseux cunéiformes retranchés sur des tibias de jeunes enfants atteints d'incurvations rachitiques. Il a transplanté, selon la règle que nous avions formulée d'après nos expériences, le tissu osseux complet, c'est-à-dire la substance osseuse revêtue de son périoste et garnie de sa moelle ; mais il a eu de plus l'idée de la diviser en petits fragments de 0$^{m}$,003 à 0$^{m}$,005 de diamètre sur 0$^{m}$,005 d'épaisseur, et en dernier lieu de 0$^{m}$,013 sur 0$^{m}$,007. Il a eu pour but d'augmenter les surfaces de contact de la greffe avec les tissus ambiants et de multiplier les centres de prolifération des éléments ostéogènes. Ce procédé lui a parfaitement réussi.

Jusqu'à ces derniers temps, par crainte de voir la greffe ne pas se souder aux tissus voisins et engendrer au milieu des tissus une source de produits septiques dangereux pour l'économie, j'avais, dans la rhinoplastie en particulier, laissé les lambeaux osseux en rapport avec le reste du corps par un pédicule de parties molles ; c'était une sorte de greffe par approche. Mais,

aujourd'hui, on devra faire des transplantations véritables et emprunter la matière osseuse à une partie quelconque du squelette du sujet, ou mieux encore à un autre individu *sain*, en mettant à profit la substance osseuse qu'on est si souvent obligé de sacrifier dans certaines opérations. Percy avait essayé, à la fin du siècle dernier, de réparer ainsi par la greffe osseuse le déficit de certains os fracturés, mais il avait eu malheureusement l'idée d'emprunter ses greffes à des os de bœuf. Cette idée, que nous tenons aujourd'hui pour peu physiologique, après l'insuccès de nos greffes entre animaux d'espèces différentes, fut d'autant plus fâcheuse que Percy était, à ce moment, abondamment pourvu de matière ostéoplastique par les blessés qu'il amputait chaque jour.

Certaines tribus de l'Éthiopie, d'après M. d'Abbadie, prétendent réparer les os de leurs blessés en greffant à leur place des os de veau; nous avons retrouvé la même tradition en Algérie, avec cette différence seulement que l'on empruntait au chien la matière de la greffe. Mais ce sont probablement des erreurs populaires qui ne méritent pas plus de crédit que l'histoire racontée autrefois par Job à Meckreem, relative à la réparation d'une perte de substance du crâne par un os de chien.

Ce n'est pas dans cette transplantation entre sujets d'espèces différentes que la chirurgie pourra trouver des ressources nouvelles : c'est dans la transplantation d'os humains et surtout d'os de jeunes sujets, transplantations qui seront d'autant plus praticables qu'on pourra, à défaut d'un os pris sur un autre sujet, faire subir pour ainsi dire sans danger, à l'aide de la méthode antiseptique, des pertes de substance à certaines parties du squelette du sujet même qui aura besoin de matière ostéoplastique.

Le périoste est le tissu de l'os qui est le plus apte à se greffer. Nous avons plusieurs fois greffé des lambeaux de périoste humain sur des plaies granuleuses, et, malgré l'exposition à l'air d'une des faces du lambeau transplanté, la greffe s'est effectuée pour la totalité du tissu transplanté. Mais avec le pansement de Lister nous pouvons aller plus loin, comme le prouve le fait de M. Mac Ewen, et comme le prouvent aussi les greffes de fragments osseux complètement détachés ou tenant à peine par quelques filaments périostiques ou médullaires, abandonnés dans un foyer de fracture. Si l'on peut prévenir la suppuration (et l'on obtient souvent ce résultat à l'aide du pansement de Lister), la greffe s'opère; le fragment osseux se soude et reprend ses adhérences avec les tissus vasculaires qui l'entourent.

Mais cette greffe sera bien plus facile avec des lambeaux osseux régulièrement taillés et placés dans une loge méthodiquement délimitée avec le bistouri, sous les irrigations ou le nuage phéniqués, ou milieu de tissus sains et non contusionnés.

Les conditions de persistance et d'accroissement ultérieur de tissu osseux transplanté à distance ont été déjà déterminées par nos expériences antérieures et démontrées par les pièces que nous avons eu l'honneur de soumettre à l'Académie de 1859 à 1861. Je rappellerai à cet égard que les *transplants* devront, lorsqu'on aura le choix, être pris sur des sujets jeunes, c'est-à-dire devront être constitués par des tissus ayant encore un grand accroissement en puissance. C'est dans ces conditions que la prolifération cellulaire, effective au point de vue de l'augmentation de la masse, sera la plus abondante. Ce sont surtout les éléments de la couche ostéogène du périoste, organe de l'accroissement de l'os en épaisseur, qui contribueront à ce résultat utile; mais il ne faut pas se laisser aller à des illusions eu égard à cet accroissement.

Nous déterminerons les limites probables de cet accroissement dans une prochaine communication. »

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 24 au 30 juin 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,025. — Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 23. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 46. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 9. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 36. — Bronchites aiguës, 29. — Pneumonie, 47. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 66; au sein et mixte, 31; inconnu, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87; circulatoire, 51; respiratoire, 68; digestif, 43; génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 11. — Après traumatisme, 3. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 26e semaine. — Il y a cette semaine une aggravation notable de la mortalité par suite d'un excès de 81 décès, dont 27 par fièvre typhoïde, et 23 par athrepsie portant exclusivement sur les enfants nourris au biberon. C'est là un effet ordinaire et presque fatal, de l'été, et, si les chaleurs augmentent, il faut s'attendre à voir ce dernier chiffre

augmenter également, à moins que les praticiens n'aient assez d'influence sur les familles pour faire redoubler les soins concernant l'alimentation, le vêtement et l'hygiène cutanée des nourrissons. D'ailleurs, dans cet excédant de décès, il y a un plus grand nombre de non domiciliés à Paris (41 décès dont 5 par fièvre typhoïde au lieu de 27 la semaine précédente). Il s'y rencontre aussi beaucoup de morts violentes (40 au lieu de 25). Ce sont là des victimes du travail et de la fougue de la jeunesse, car l'accroissement de la mortalité porte surtout aux âges de 15 à 35 ans (14,11 au lieu de 9,49). Ajoutons que la fièvre typhoïde a contribué aussi d'une façon sensible, à l'élévation de ce chiffre, puisque les décès qu'elle a occasionnés cette semaine présentent, sur les nombres de la semaine précédente, un accroissement dont la plus grande partie se compose d'individus appartenant à ce groupe d'âge. Enfin il y a lieu de signaler une légère augmentation de décès par diphthérie (46 au lieu de 43) à laquelle je ne m'arrêterais pas si je n'avais à signaler, dans le quartier de la *Roquette*, le très gros chiffre de 6 décès par cette cause. Les victimes sont de petits enfants de 2 à 4 ans 1/2 gardés dans la famille, sauf un petit garçon de 3 ans domicilié rue de la Roquette, 90, et qui fréquentait l'asile.

D^r^ Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## COURRIER

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices (année 1881).

La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le jeudi 3 novembre 1881, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le Jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait* seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à 3 heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour les clinicats.* — Les candidats suivants se sont fait inscrire :

*Clinicat de médecine :* MM. Ballet, Clozel de Boyer, Decaisne, Dreyfous, Jean, Leroux (Charles), Leroux (Henri), Robin, Stackler et Talamon.

*Clinicat de chirurgie :* MM. Duret, Henriet, Lataste, Picqué, Redard et Schwartz.

*Clinicat d'ophthalmologie :* MM. Bacchi, Bellouard, et Picqué.

*Concours pour le prosectorat.* — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Brun et Jarjavay.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 11 juillet 1881, à 3 heures précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5^e^ Chambre du tribunal civil).

*Ordre du jour.* — I. Rapport de M. Hanot, sur la paralysie générale, au point de vue des assurances sur la vie. — II. Communication de M. Gillet de Grandmont, sur la vision des couleurs, au point de vue médico-légal. — III. De la valeur de certaines éruptions cutanées en médecine légale, par M. le docteur Barthelemy.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C^e^, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# IMPALUDISME

## SUR UN NOUVEAU PARASITE TROUVÉ DANS LE SANG DES MALADES ATTEINTS DE FIÈVRE PALUSTRE. — ORIGINE PARASITAIRE DES ACCIDENTS DE L'IMPALUDISME.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux,

Par A. LAVERAN, médecin-major, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Le 20 octobre dernier, en examinant au microscope le sang d'un malade atteint de fièvre palustre, j'ai constaté la présence, au milieu des globules rouges du sang, d'éléments qui m'ont paru être d'origine parasitaire; depuis ce moment j'ai examiné le sang de 44 malades atteints de fièvre palustre et j'ai retrouvé 26 fois ces mêmes éléments, dont la nature parasitaire me paraît aujourd'hui démontrée. J'ai recherché en vain ces éléments dans le sang des malades atteints d'affections étrangères à l'impaludisme. Je décrirai ces éléments sous les noms de : corps n° 1, n° 2 et n° 3· la suite de ce travail montrera l'utilité de ces dénominations, qui ne préjugent en rien la nature du parasite.

I. *Description des éléments parasitaires trouvés dans le sang.* — Corps n° 1. Ce sont des éléments allongés, plus ou moins effilés à leurs extrémités, souvent incurvés en croissant (fig. 3 et fig. 4), quelquefois de forme ovalaire (fig. 5).

La longueur de ces corps est de 8 à 9 millièmes de millimètre; leur largeur de 3 millièmes de millimètre en moyenne. Les contours sont indiqués par une ligne très fine; le corps est transparent, incolore, sauf vers la partie moyenne où il existe une tache noirâtre constituée par une série de granulations arrondies, qui paraissent être des granulations pigmentaires. Par exception, cette tache peut être située près d'une des extrémités du corps n° 1. Les granulations affectent assez souvent une disposition régulière, en couronne, analogue à celle que je décrirai plus bas pour les corps n° 2. Sur ceux de ces corps qui sont incurvés on aperçoit fréquemment, du côté de la concavité, une ligne courbe, pâle, qui semble relier les extrémités du croissant; cette ligne est indiquée dans la figure 4. Les corps n° 1 ne paraissent pas doués de mouvements; quand leur forme se modifie, c'est d'une façon très lente.

Corps n° 2. — Ces corps se présentent sous plusieurs aspects, suivant qu'ils sont à l'état de repos ou de mouvement.

A l'état de repos, on distingue un corps sphérique transparent, à contours très fins, dont le diamètre est de 6 millièmes de millimètre en moyenne. Dans l'intérieur de ce corps (fig. 6) se trouvent des granulations pigmentaires arrondies, égales entre elles, qui affectent d'ordinaire une disposition assez régulière en couronne; on dirait un collier de perles noires.

A l'état de mouvement, on aperçoit autour du corps sphérique et pigmenté des filaments très transparents, animés de mouvements rapides dans tous les sens; on ne peut mieux comparer ces mouvements qu'à ceux d'anguillules dont une des extrémités serait fixée dans l'intérieur de l'élément sphérique. Ces filaments impriment aux globules rouges du sang les plus voisins des mouvements très variés et très faciles à constater. La longueur des filaments ou appendices mobiles peut être évaluée à trois ou quatre fois le diamètre d'un globule rouge; leur nombre m'a paru être pour chaque corps n° 2, de trois ou de quatre; il est peut-être plus grand, car on n'aperçoit que les filaments qui s'agitent, et même parmi ceux-ci on ne peut voir que ceux qui sont exactement au point. Tantôt les filaments mobiles sont étalés d'une façon assez symétrique de tous les côtés (fig. 7); tantôt ils sont groupés d'un seul côté (fig. 8). L'extrémité libre des filaments mobiles est renflé, ainsi que cela est indiqué dans la figure 7.

Pendant que ces filaments ou appendices mobiles s'agitent, le corps sphérique sur lequel ils paraissent s'insérer, subit un mouvement oscillatoire plus ou moins rapide, quelquefois même il est animé d'un mouvement de translation. Les gra-

nulations pigmentaires s'agitent à l'intérieur et leur disposition devient alors très variable.

Les corps n° 2 changent souvent de forme pendant qu'on les observe ; ils s'allongent, s'étalent, puis reprennent leur forme sphérique; ces derniers mouvements ont une grande analogie avec ceux des amibes.

Il m'est arrivé plusieurs fois, pendant que j'observais des corps n° 2 en mouvement, de voir un des filaments mobiles se détacher du corps sphérique et continuer à se mouvoir au milieu des globules rouges. La figure 9 représente un de ces filaments devenu libre.

J'ai rencontré plusieurs fois dans des préparations du sang de malades atteints de fièvre palustre, outre les éléments précédents, des corps arrondis plus grand que les corps n° 2, plus grands même en général que des leucocytes, à l'intérieur desquels on distinguait des granulations pigmentaires animées d'un mouvement très vif analogue au mouvement Brownien; ces corps ne présentaient pas de filaments périphériques mobiles (fig. 10).

Corps n° 3. — Ils sont en général sphériques, d'un diamètre notablement supérieur à celui des corps n° 2 (8 à 10 millièmes de millimètre et quelquefois davantage), légèrement granuleux, immobiles, sans filaments périphériques apparents. A l'intérieur de ces corps on aperçoit des granulations pigmentaires dont la disposition rappelle quelquefois celle des granulations des corps n° 2 (fig. 11), mais qui, le plus souvent, sont disposées sans régularité et en nombre très variable. Ces corps se déforment du reste de plus en plus et prennent des aspects très différents (fig. 12 et 13) de celui du type que je viens d'indiquer.

Outre ces corps n° 1, n° 2 et n° 3, on trouve presque toujours dans les préparations de petits corps arrondis, brillants, mobiles et des granulations de pigment rouge feu ou bleu clair ; ces granulations pigmentaires sont libres ou incluses dans des corps n° 3 ou dans des leucocytes. Le pigment bleu paraît résulter d'une transformation du pigment rouge-feu.

II. *Réponse à quelques objections. Mode d'examen du sang.* — Avant de rechercer quelle est la nature de ces éléments parasitaires et quel est leur rôle pathologique, je crois devoir répondre à deux objections qui m'ont déjà été faites et qui probablement me seront encore adressées plus d'une fois :

1° Les éléments parasitaires décrits ci-dessus se trouvaient-ils bien réellement dans le sang des malades? Ne s'introduisaient-il pas accidentellementdans les préparations?

2° Des éléments altérés du sang n'ont-ils pas été pris pour des éléments parasitaires?

J'ai cherché par le mode de préparation que j'ai employé dans tous les cas pour l'examen du sang, à me mettre à l'abri de la première de ces objections : les lamelles de verre porte-objet et couvre-objet étaient lavées avec soin dans l'alcool, le doigt du malade que je me proposais de piquer était lavé également dans l'alcool, le sang était examiné pur, sans mélange à aucun liquide, enfin les préparations étaient bordées à la paraffine. Il est vrai que toutes ces précautions n'empêchent pas l'introduction dans les préparations de quelques particules qui flottent dans l'air; mais comment admettre que les éléments parasitaires assez compliqués, décrits ci-dessus, se soient trouvés dans l'air uniquement lorsque j'examinais le sang de malades atteints de fièvre palustre? Comment s'expliquer la relation que j'ai maintes fois constatée entre l'abondance ou la rareté de ces éléments parasitaires et l'état de maladie ou de guérison apparente des individus atteints de fièvre palustre, si l'introduction des parasites n'était qu'un effet du hasard? J'ai eu soin du reste de faire les préparations tantôt dans les salles, tantôt dans mon laboratoire, et les résultats ont été les mêmes.

Je crois pouvoir écarter complétement la première de ces objections et affirmer que les éléments parasitaires se trouvaient bien réellement dans le sang.

La deuxième objection me paraît plus facile à réfuter encore que la première. Il

est impossible de confondre les corps nº 2 munis de leurs appendices mobiles avec un élément quelconque du sang normal ou pathologique. Les mouvements très rapides des appendices ne rappellent en rien les mouvements lents des leucocytes, et les granulations pigmentaires mobiles ou disposées en couronne ne sauraient être confondues avec l'état granuleux des leucocytes. Tous les confrères auxquels j'ai pu montrer ces corps nº 2 à l'état de mouvement n'ont pas hésité un seul instant à reconnaître qu'il s'agissait bien d'un parasite. Il suffit, du reste, de jeter les yeux sur les figures 7 et 8 de la planche ci-jointe pour se convaincre que de pareils corps ne peuvent pas être confondus avec des leucocytes, si déformés qu'on les suppose. Même à l'état de repos, les corps nº 2 n'ont qu'une vague ressemblance avec des leucocytes; ils sont plus petits, en général; les granulations qu'ils renferment sont noirâtres ou rouge-feu, disposées régulièrement en couronne; enfin, on ne constate pas l'existence de noyaux à l'intérieur.

Les corps nº 1 ne sauraient être davantage confondus avec des éléments du sang; les hématies, dont la forme rappelle quelquefois celle de ces corps, ne présentent jamais de granulations pigmentaires à l'intérieur.

Les corps nº 3 ont, il est vrai, une grande ressemblance avec des leucocytes chargés de pigment; la forme, les dimensions sont à peu près les mêmes; il y a cependant encore des différences entre ces deux espèces d'éléments : les granulations pigmentaires affectent souvent une disposition assez régulière dans les corps nº 3 (fig. 11); on ne trouve pas trace de noyaux à l'intérieur; enfin, ces éléments se colorent très difficilement par le carmin, contrairement à ce qui arrive pour les leucocytes. Nous allons voir, du reste, qu'il est facile de s'assurer que les corps nº 3 résultent de la transformation des corps nº 2, dont la nature animée n'est pas contestable.

**III.** *Nature et rôle pathologique des éléments parasitaires trouvés dans le sang.*— Les corps nº 1, nº 2 et nº 3 me paraissent représenter différents aspects ou différentes phases de l'évolution du même parasite.

Les corps nº 3 résultent évidemment des transformations que les corps nº 2 subissent après leur mort; il est facile de s'en assurer de la façon suivante : on cherche dans une préparation un corps nº 2 muni de ses appendices mobiles et, après avoir trouvé un de ces corps bien caractérisé et bien *vivant*, on fixe la préparation sur la platine du microscope, et on procède de temps à autre à l'examen du corps mis en observation. On constate d'abord (tantôt au bout de quelques minutes, tantôt seulement au bout de quelques heures) que les mouvements disparaissent et que les appendices deviennent invisibles. Le corps, qui avait l'aspect représenté dans la figure 7 ou dans la figure 8, prend celui indiqué dans la figure 6; un peu plus tard, le corps nº 2 s'agrandit, s'étale pour ainsi dire, les granulations pigmentaires se dissocient, le cercle qu'elles formaient s'élargit (fig. 11); enfin, l'élément parasitaire se déforme de plus en plus (fig. 12 et 13) et devient méconnaissable; les granulations pigmentaires présentent alors une disposition très irrégulière; elles s'accumulent sur un point ou disparaissent, à l'exception d'une ou de deux.

En procédant de la même manière pour les corps nº 1, on constate aussi que ces corps se déforment au bout de quelque temps, moins rapidement toutefois que les corps nº 2. Le corps nº 1 devient d'abord ovalaire, puis il prend une forme sphérique ou irrégulière.

On trouve souvent dans les préparations des corps ovalaires qui paraissent être intermédiaires aux corps nº 1 et nº 2. Je n'ai pas réussi cependant à voir un corps nº 1 se transformer en corps nº 2 mobile, bien qu'à plusieurs reprises l'observation du même corps ait été prolongée pendant 36 ou 48 heures.

Les corps nº 2 mobiles se rencontrent surtout dans le sang des malades qui sont sous le coup d'une rechute de fièvre et qui ne prennent pas de sulfate de quinine, au moins d'une façon régulière.

Le fait seul que les éléments parasitaires décrits plus haut se trouvent dans un milieu alcalin comme le sang doit faire penser qu'il s'agit de parasites appartenant

au règne animal et non au règne végétal. Les mouvements très vifs et très variés des appendices des corps n° 2 ainsi que les changements de forme que ces corps subissent donnent du reste à l'observateur l'impression d'un animalcule voisin des infusoires. S'agit-il d'un amibe ainsi que je l'ai cru tout d'abord, ou bien les corps n° 1 et n° 2 ne sont-ils produits que par l'agglomération dans des espèces de kystes (formés peut-être aux dépens des éléments normaux du sang), de parasites qui, à l'état de développement parfait, seraient représentés par les filaments mobiles des corps n° 2, filaments qui se détachent quelquefois de ces corps pour vivre d'une vie indépendante? Cette dernière hypothèse me paraît aujourd'hui la plus probable. Les filaments mobiles devenus libres ont une grande ressemblance avec des oscillariées, et il est à noter que plusieurs observateurs, Hallier entre autres, ont déjà attribué aux oscillariées un grand rôle dans la pathogénie des fièvres palustres. Les petits corps brillants, mobiles, que l'on trouve presque toujours dans les préparations représentent peut-être une première phase de l'évolution des animalcules. Il n'est pas rare de voir un de ces petits corps s'accoler à un corpuscule rouge du sang et faire effort, si j'ose ainsi dire, pour pénétrer à l'intérieur.

Le rôle important que les éléments parasitaires décrits ci-dessus jouent dans la pathogénie des fièvres palustres me paraît ressortir des propositions suivantes :

1° Ces éléments parasitaires ne se trouvent que dans le sang des malades atteints de fièvre palustre; il est vrai de dire qu'on ne les y rencontre pas toujours; mais l'examen ne portant que sur une ou deux gouttes de sang, on comprend que l'existence des parasites soit difficile à constater quand ils sont très rares.

2° Ces éléments parasitaires, nombreux dans le sang des malades qui ont la fièvre depuis quelque temps et qui ne sont pas traités d'une façon régulière, disparaissent chez ceux qui ont pris pendant longtemps du sulfate de quinine et qui peuvent être considérés comme guéris. Parmi les malades que j'ai examinés, bon nombre étaient soumis depuis plusieurs jours déjà au traitement par le sulfate de quinine, ce qui explique encore le chiffre assez élevé des résultats négatifs.

3° On trouve dans le sang des individus morts de fièvre pernicieuse un grand nombre d'éléments pigmentés qui rappellent complètement l'aspect des corps n° 3 ou (plus rarement) celui des corps n° 1. La présence de ces éléments dans les vaisseaux capillaires de tous les tissus, de tous les organes, et spécialement de la rate et du foie, constitue même la lésion la plus caractéristique de l'intoxication palustre aiguë. La figure 14 représente des corps pigmentés trouvés dans le sang d'un homme mort de fièvre pernicieuse ; la figure 15 des corps analogues trouvés au milieu des éléments dissociés de la rate dans un autre cas de fièvre pernicieuse. La ressemblance de ces corps avec ceux que j'ai décrits sous les dénominations de corps n° 1 et corps n° 3, et dont je crois avoir établi la nature parasitaire est frappante.

D'où viennent les éléments parasitaires qui se trouvent dans le sang des malades atteints de fièvre palustre? Par quelle voie s'introduisent-ils dans l'économie? Comment provoquent-ils la fièvre intermittente et les autres manifestations de l'impaludisme? On ne peut encore que poser ces importantes questions.

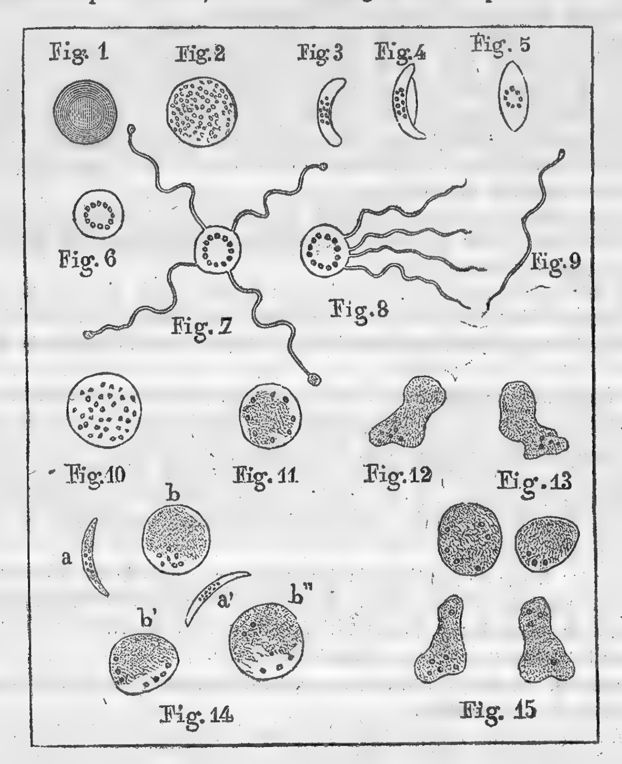
## Conclusion.

Il existe dans le sang des malades atteints de fièvre palustre des éléments parasitaires qui jusqu'ici ont été confondus avec des leucocytes mélanifères; la présence de ces parasites dans le sang est probablement la cause principale des accidents de l'impaludisme.

### EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Fig. 1. Globule rouge du sang. — Fig. 2. Leucocyte granuleux. (Ces éléments sont destinés à servir de point de comparaison pour apprécier les dimensions des autres éléments dessinés au même grossissement de 1000 diamètres environ.) — Fig. 3 et 4. Corps n° 1. — Fig. 5. Corps ovalaire intermédiaire aux corps n° 1 et n° 2. — Fig. 6. Corps n° 2 immobile. — Fig. 7. Corps n° 2 avec ses

filaments périphériques mobiles, renflés à leur extrémité libre. — Fig. 8. Corps n° 2 avec appendices mobiles groupés latéralement. — Fig. 9. Filament mobile devenu libre. — Fig. 10. Corps sphérique rempli de granulations pigmentaires mobiles. — Fig. 11. Corps n° 3. — Fig. 12 et 13. Corps n° 3 déformés. — Fig. 14. Éléments pigmentés provenant du sang d'un homme mort de fièvre pernicieuse : a, a' éléments analogues aux corps n° 1 ; b, b', b" éléments analogues aux corps n° 3. — Fig. 15. Éléments dissociés de la rate d'un homme mort de fièvre pernicieuse ; éléments analogues aux corps n° 3.




Constantine, 15 décembre 1880.

## HÉMATURIE

### TUBERCULOSE DES REINS ÉTENDUE PLUS TARD A L'APPAREIL GÉNITAL ET AYANT PROVOQUÉ L'EXPULSION DE CAILLOTS VERMICULÉS MOULÉS SUR L'URETÈRE ;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 mars 1881,

Par M. Dubuc.

Le malade qui fait l'objet de cette communication me fut adressé, au mois d'octobre de l'année 1880, par un de mes honorables confrères de la ville, comme soupçonné d'être atteint d'une affection calculeuse.

C'est un homme de 32 ans environ, d'assez haute taille, ayant le teint pâle, conservant un embonpoint notable, bien qu'il accuse de l'amaigrissement depuis un an, époque où a débuté l'affection pour laquelle il vient me consulter; son père, âgé de 53 ans, est bien portant; sa mère est morte d'une affection cancéreuse; une de ses sœurs paraît avoir succombé à la phthisie pulmonaire, il dit par suite d'un lait tombé sur la poitrine.

En fait d'antécédents du côté de l'appareil génito-urinaire, il accuse deux blennorrhagies, l'une il y a douze ans, la deuxième il y a cinq ans, toutes deux ayant bien guéri ; il n'a jamais été atteint de gravelle.

En novembre 1879, pendant un séjour qu'il faisait en Angleterre, à la suite de grandes fatigues et après avoir bu assez longtemps de la bière aigre, il rendit pour la première fois du sang en urinant ; il éprouvait alors des douleurs dans les deux régions lombaires, surtout

dans la gauche, avec irradiation vers le testicule, et la face intérieure de la cuisse du même côté.

Depuis lors, et à diverses reprises, principalement à la suite de longues courses à pied ou en voiture, il lui arriva de rendre du sang mélangé à l'urine et aussi des petits caillots, les douleurs de reins ayant d'ailleurs persisté; jamais l'hémorrhagie n'a été considérable ni de longue durée.

Il n'a à aucune époque éprouvé de fréquence le jour dans les besoins d'uriner, non plus que de douleurs en urinant; la nuit il se relève une fois seulement; la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures est de deux litres environ.

Il ne tousse pas et n'a aucune tendance à s'enrhumer l'hiver.

L'âge du malade, l'absence chez lui de tout antécédent de gravelle, de toute souffrance du côté de la vessie, en même temps que sa pâleur et l'amaigrissement relatif qu'il me signalait, me firent songer immédiatement à la possibilité d'une affection tuberculeuse des reins, affection qui est loin d'être rare; je résolus donc d'examiner avec une scrupuleuse attention l'appareil génital, facilement accessible à l'exploration, afin de savoir si je n'y rencontrerais pas quelque indice de nature à confirmer mon opinion.

Voici ce que je constatai, le 19 octobre 1880, jour où je vis le malade pour la première fois. Les épididymes présentaient un très léger épaississement des deux côtés, sans aucune bosselure; les canaux déférents étaient intacts.

Le toucher rectal révélait que le lobe droit de la prostate était un peu plus développé que le gauche, sans aucune bosselure; mais vers la pointe de l'organe, on sentait très nettement un noyau d'induration; les vésicules séminales n'offraient aucun changement de volume ni de consistance.

L'urèthre, examiné avec l'explorateur à boule en gomme n° 18, était entièrement libre; la boule ramena seulement une très petite quantité de sécrétion blanche derrière son talon.

Je ne crus pas nécessaire de faire une exploration de la vessie avec une sonde métallique attendu que cet organe ne manifestait aucun état de souffrance. L'urine que le malade m'avait apportée était rendue blanchâtre par une petite quantité de pus et donnait par la chaleur et l'acide nitrique un très léger précipité floconneux d'albumine, exactement en rapport avec la quantité de pus qu'elle contenait.

Me fondant sur les troubles fonctionnels éprouvés par le malade et la présence d'un noyau d'induration dans la pointe de la prostate, je posai le diagnostic de tuberculose des reins et accessoirement de la prostate; je prescrivis en conséquence de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, ainsi qu'un bon régime alimentaire.

Les régions rénales, explorées à travers la paroi abdominale, ne présentaient d'ailleurs ni gonflement ni douleur à la pression.

29 octobre. Le malade me raconte que la veille il a expulsé de l'urine sanguinolente, et de plus, deux ou trois petits caillots vermiculés, en même temps qu'il ressentait une vive douleur dans la région du rein droit, avec retentissement dans le testicule du même côté; aujourd'hui le sang a complètement disparu de l'urine.

3 novembre. Le malade a éprouvé une nouvelle hématurie la veille, à la suite d'une course à pied de 4 kilomètres; elle s'est annoncée, comme à l'ordinaire, par une sensation de plénitude, de chatouillement à l'extrémité de la verge; outre du sang liquide, il a expulsé un corps allongé, rougeâtre, d'une certaine consistance, mesurant 18 centimètres environ de longueur et ressemblant extérieurement à un ver; à l'une de ses extrémités, ce corps présente une partie renflée reliée au reste par un col étroit; à l'extrémité opposée, il est effilé dans une étendue de plusieurs centimètres; dans sa partie la plus volumineuse, il mesure 2 et 3 millimètres de diamètre.

Je m'assure, à l'aide de la loupe, qu'il s'agit d'un caillot sanguin consistant, qui certainement s'est moulé sur un des uretères; je pense qu'après l'avoir examiné, mes collègues seront de mon avis. L'expulsion de ce corps fut suivie de celle d'un autre de même apparence, un peu plus gros et moins long. Le malade, quant à lui, était convaincu qu'il avait expulsé des vers, mais je n'eus pas de peine à lui enlever cette illusion.

Les douleurs rénales se font sentir des deux côtés, celle de droite plus haut que celle de gauche. Du reste, l'etat général s'est amélioré d'une façon sensible; le visage est plus coloré, les forces sont meilleures.

21 décembre. Le malade a encore uriné du sang à deux ou trois reprises depuis sa dernière visite; toutefois, il a repris des couleurs, des forces et même de l'embonpoint. Il me signale aujourd'hui un fait nouveau, c'est que la bourse droite a augmenté notablement de volume et qu'il y ressent de la pesanteur, principalement le soir.

A la palpation, je constate que l'épididyme de ce côté, que j'avais trouvé à peu près intact en octobre, est volumineux et parsemé de nombreuses bosselures dures, presque indolentes à

la pression; ce qui confirme pleinement, quant à la nature de la maladie, le diagnostic que j'avais posé tout d'abord.

7 février 1881. Le malade a encore eu une hématurie légère à la suite d'une course à pied un peu longue; mais l'urine, en dehors des moments où elle renferme du sang, est devenue tout à fait claire et transparente, de blanchâtre et purulente qu'elle était auparavant. La douleur, qui au début était plus prononcée dans la région lombaire gauche, l'est maintenant davantage à droite, avec irradiation vers le testicule du même côté. L'épididyme droit reste volumineux, bosselé; rien à gauche, non plus que sur les canaux déférents.

Je pratique le toucher rectal, auquel je n'avais pas eu recours depuis la première visite du malade. Je constate l'existence vers la pointe de la prostate, là où j'avais trouvé primitivement une seule bosselure, d'une tumeur bosselée du volume d'une petite châtaigne. Le lobe droit, déjà plus volumineux au début, a encore augmenté de volume; on y sent de nombreuses bosselures; il en existe deux ou trois dans le lobe gauche. La vésicule séminale droite est elle-même volumineuse, indurée, parsemée de bosselures; je ne sens rien de particulier du côté de la vésicule séminale gauche.

La miction s'accomplit sans souffrance et sans difficulté.

L'état général reste bon et présente de l'amélioration sur ce qu'il était au début, malgré l'extension de la tuberculose à l'appareil génital.

Réflexions. — L'évolution ultérieure de la maladie a confirmé l'opinion que j'avais émise tout d'abord, qu'il s'agissait chez ce malade d'une affection tuberculeuse; je crois pouvoir ajouter que, chez lui, ce sont les reins qui ont été primitivement atteints; il n'existait, en effet, lors de mon premier examen, qu'une seule bosselure peu volumineuse dans la prostate, alors que les douleurs lombaires et les hématuries remontaient déjà à un an; deux mois plus tard, l'épididyme droit, que j'avais trouvé intact au début, était devenu le siège de nombreux noyaux tuberculeux, et six semaines après, en février, la prostate, dans laquelle je n'avais trouvé, en premier lieu, qu'un seul petit noyau d'induration, était augmentée de volume et parsemée de bosselures dans ses diverses parties; quant à la vessie, elle n'a jamais manifesté aucun état de souffrance.

La tuberculose primitive est loin d'être rare dans l'appareil urinaire, et particulièrement dans le rein; Thompson, dans le chapitre qu'il consacre au tubercule de la prostate, s'exprime ainsi : « Il semble qu'à aucune période de la maladie, la prostate ne soit affectée seule et que quelque autre partie de l'appareil génito-urinaire soit le siège primitif de l'affection. Dans beaucoup de cas, le tubercule débute dans le rein, ou, en tout cas, il y en a de bonne heure dans cet organe. L'organe suivant dans l'ordre de prédisposition à la maladie, parmi le groupe génito-urinaire, est le testicule. Ainsi, sur 18 cas que j'ai réunis, et qui forment un tableau à la fin de ce chapitre, tableau où l'on a rapporté le résultat des autopsies, il y avait 13 cas de tuberculose du rein et 7 du testicule (1). »

Il convient de faire remarquer que la tuberculose primitive de l'appareil urinaire, qu'elle ait son siège dans le rein ou dans la vessie, est fréquemment méconnue, même par des médecins très éclairés; cela tient sans doute à ce qu'on la rencontre chez des gens qui souvent paraissent jouir encore de l'intégrité de leurs forces et de leur santé, et qui, en particulier, ne présentent encore à ce moment-là aucun trouble fonctionnel du côté des poumons ni aucun signe physique de lésion pulmonaire, qui même pourront n'en jamais présenter.

Il y a longtemps qu'on a reconnu la fausseté de la loi de Louis en ce qui concerne la tuberculose de l'appareil génito-urinaire. Je peux, à l'appui de ce que j'avance ici, citer les deux tableaux publiés par M. Reclus dans son excellente monographie sur *Le tubercule du testicule;* chacun d'eux porte sur 30 cas. Dans le premier, qui comprend 30 observations de tubercules du testicule, dans le cours desquelles le poumon a été ausculté avec soin, on a trouvé :

| | |
|---|---|
| Tuberculose génitale et pulmonaire. . . | 16 |
| Tuberculose génitale seule . . . . . . . | 14 |

Le second tableau porte, non plus sur 30 malades observés pendant la vie, mais sur 30 autopsies d'individus morts avec des tubercules de la glande spermatique; on a trouvé :

(1) Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires.* J.-B. Baillière et fils, 1874, p. 505.

Tuberculose génitale et pulmonaire. . . 20
Tuberculose génitale seule . . . . . . . 10 (1)

Ce qui est vrai de la tuberculose génitale l'est également de la tuberculose limitée à l'appareil urinaire ou occupant à la fois l'appareil urinaire et l'appareil génital.

En ce qui concerne le malade qui fait l'objet de ma communication, quoique ayant un peu pâli et perdu de son poids, il conservait encore, au moment où je l'ai vu pour la première fois, l'apparence d'un homme robuste; il ne toussait pas et n'était nullement sujet à s'enrhumer; depuis lors, malgré l'envahissement par la tuberculose, de la prostate, d'une vésicule séminale et d'un épididyme, son état général, loin de péricliter, s'est plutôt amendé, puisqu'il a repris des couleurs et de l'embonpoint.

Je crois que sa vie n'est pas menacée, du moins à bref délai; bon nombre de malades atteints de tuberculose urinaire ou génito-urinaire peuvent, en effet, après avoir présenté des accidents plus ou moins sérieux, recouvrer les apparences de la santé, à la condition toutefois de se trouver dans une position de fortune qui leur permette de suivre un traitement et un régime hygiénique appropriés, traitement et régime hygiénique qui sont ceux de la tuberculose en genéral.

Il est un dernier point sur lequel je désire appeler l'attention, c'est sur le corps allongé que le malade a expulsé à un moment donné, qu'il avait pris pour un ver, qui en avait l'apparence extérieure, mais qui n'était en réalité qu'un caillot sanguin présentant une consistance notable et moulé sur l'uretère.

La forme d'un pareil caillot, jointe à sa consistance, aurait suffi à montrer, quand il n'y aurait pas eu de douleurs dans les régions lombaires, contrastant avec le silence de la vessie, que l'hémorrhagie était rénale et non pas vésicale.

Si j'insiste sur cette particularité, c'est qu'un auteur d'une haute compétence, M. le professeur Guyon, semble admettre que, dans aucun cas, la forme du caillot ne peut servir à établir le point de départ de l'hématurie; voici du moins comment il s'exprime à ce sujet : « Le seul résultat auquel nous soyons arrivé, c'est à constater que les caillots allongés se forment souvent dans l'urèthre, dans la partie profonde comme dans la partie antérieure. Mais il ne nous a jamais été permis de voir, comme d'autres observateurs paraissent l'avoir fait, que les caillots allongés et déliés eussent l'uretère pour origine. » (2).

Il me paraît hors de doute que chez mon malade le caillot a pris sa forme et sa consistance dans l'un des uretères; ce n'est pas le seul cas qui se soit présenté à mon observation. J'ai eu l'occasion d'examiner, il y a plusieurs années, un caillot en tout semblable au précédent, sauf qu'il avait 8 centimètres seulement de longueur au lieu de 18, qui avait été expulsé par un Russe le lendemain du jour où j'avais constaté chez lui les symptômes d'une colique néphrétique modérée à gauche, sans aucune souffrance de la vessie; la forme et la consistance de ce caillot le faisaient tellement ressembler à un ver que ce n'avait été qu'après un examen à l'aide de la loupe et du microscope que j'avais pu me prononcer définitivement sur sa nature.

Je pense donc que l'opinion de M. Guyon, vraie dans la grande majorité des cas où l'on a affaire à des caillots irréguliers, semi-ovoïdes, plus ou moins allongés, noirs, peu consistants, assez épais, cesse de l'être dans les cas bien déterminés de caillots allongés, étroits, consistants, d'un rouge grisâtre, pouvant mesurer de 8 à 20 centimètres de longueur; de pareils caillots me semblent devoir se mouler sur l'uretère; c'est du moins la seule explication qui me paraisse convenir aux deux cas que je viens de rapporter.

(1) P. Reclus, *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.* Delahaye et Cᵉ, 1876, page 77.

(2) Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.* J.-B. Baillière et fils, p. 293.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

De la crise et des symptômes critiques de la fièvre pneumonique, par M. le docteur Léon Roche. — In-8°, Delahaye, 1881.

Le travail du docteur Léon Roche a été inspiré par M. le docteur Fernet; on ne doit donc pas

s'étonner d'y rencontrer le reflet des opinions de ce savant médecin des hôpitaux. Aussi y trouvons-nous la reproduction de l'ingénieuse définition qu'il a donnée de la pneumonie : « La pneumonie franche, aiguë, dite fibrineuse, est un herpès du poumon, et cet herpès est un « trouble trophique placé sous la dépendance d'une névrose du pneumogastrique. » (Fernet, *France médicale*, 1878) C'est à ce point de vue que l'auteur se place pour arriver à cette conclusion que la fièvre pneumonique a une évolution cyclique, dont la guérison a lieu naturellement à la fin d'un septenaire, et dont la défervescence brusque ou crise, quand elle a lieu, est le plus souvent suivie de sueurs profuses. La diarrhée n'est pas un phénomène critique, pas plus que l'herpès naso-labial. Ce dernier est seulement un symptôme pronostique favorable. Treize observations, dont plusieurs sont inédites. complètent ce travail et sont relatives à des pneumonies avec herpès naso-labial ou avec crises de sueurs. Des tracés thermographiques donnent des indications sur la marche de la température sous l'influence des phénomènes critiques et de certaines médications. Cette thèse est donc un travail sérieux dans lequel il faut louer à la fois le fond et les qualités littéraires qui en rendent la lecture intéressante. — Ch. Éloy.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mars 1881. — Présidence de M. Charrier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la quinzaine. — Les *Mémoires* et *Comptes rendus* de la Société des sciences médicales de Lyon pour l'année 1878. — La thèse inaugurale de M. le docteur Gaston Graux, ancien interne des hôpitaux de Paris, Sur la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée; Recherches cliniques, anatomiques et expérimentales sur les relations de la sixième et de la troisième paire des nerfs crâniens.

M. Rougon dépose sur le bureau une brochure intitulée : *La Bourboule actuelle*, par M. le docteur Nicolas, médecin consultant à cette station.

M. Charrier fait hommage à la Société de la collection des thèses du concours d'accouchement pour l'agrégation, dont voici les titres :

I. Des varices chez la femme enceinte, par M. Budin.
II. De l'albumine chez la femme enceinte, par M. Léon Dumas.
III. De l'influence de la grossesse sur la tuberculose, par M. Gaulard.
V. Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, par M. Lefour.
V. Des altérations des villosités choriales, par M. Duchamp.
VI. De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par M. Poullet.
VII. De l'hydrorrhée pendant la grossesse, par M. Stapfer.
VIII. Des hémorrhagies chez le nouveau-né, par M. Ribemont.
IX. De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur, par M. Porak.

M. Charrier appelle plus particulièrement l'attention sur la thèse de M. le docteur Léon Dumas : *De l'albumine chez la femme enceinte ;* sur celle très originale de M. le docteur Stapfer, traitant de l'hydrorrhée pendant la grossesse, où l'auteur a su coordonner des opinions incertaines et discutables, puis donner de remarquables conclusions.

M. Charrier croit que lorsque l'hydrorrhée cause l'avortement, il y a eu rupture des membranes au-dessus de l'orifice utérin.

Il mentionne encore le travail de M. le docteur Ribemont sur les hémorrhagies chez le nouveau-né.

M. le docteur de Gomensoro, (de Rio-Janeiro) récemment élu membre correspondant étranger, qui assiste à la séance, présente, en termes très chaleureux, ses remerciements à ses collègues au sujet de sa nomination.

—

M. Polaillon fait à la Société une communication sur l'absence congénitale d'une portion du diaphragme. (Sera publiée prochainement.)

M. Dubuc lit la note suivante sur un cas de *Tuberculose des reins étendue plus tard à l'appareil génital et ayant provoqué l'expulsion de caillots vermiculés moulés sur l'uretère.* (Voir plus haut.)

—

M. Blondeau lit la note suivante, sur la propriété déconstipante des graines du *plantago psyllium* (herbe aux puces).

Nous n'avons jamais à notre disposition trop de moyens pour combattre la constipation, cette affection si commune, trop souvent si rebelle, contre laquelle s'épuisent si vite les médications qui, d'abord, avaient paru en venir plus ou moins facilement à bout. Trousseau ne manquait pas d'appeler l'attention de ses auditeurs sur ce fait d'une importance éminemment pratique. Dans ses leçons cliniques, il indique une série de procédés pour remédier à cette maladie, insistant sur ce point, que les purgatifs vrais sont tout au plus des palliatifs du moment; que d'habitude ils laissent, après leur action plus ou moins passagère, une tendance plus opiniâtre à l'accident contre lequel on les avait employés. Il insistait encore sur la nécessité de varier les agents déconstipants, d'en modifier les formules qu'il a consignées dans l'œuvre magistrale qu'il nous a laissée.

L'un de ceux auxquels il avait souvent recours, en raison de sa simplicité et de son efficacité, était la graine de lin, qu'il conseillait de prendre en nature, à la dose d'une grande cuillerée à soupe, soit avant le repas du soir, soit avant de se coucher. Ou bien on avale cette graine telle quelle, en avalant pardessus un verre d'eau froide; ou bien on la laisse préalablement macérer, pendant huit à dix minutes; ou mieux encore, le temps de faire sa toilette de nuit, dans le verre d'eau qu'on prend en absorbant le tout.

Ce remède que, à l'exemple de Trousseau, je prescris depuis grand nombre d'années, et dont cette dernière manière de l'employer m'a été indiquée par des malades qui la trouvent plus commode et plus efficace que la première, ce remède est de beaucoup préférable à la graine de moutarde qui, pendant longtemps, a joui d'une très grande vogue à laquelle a contribue l'immense et constante publicité des annonces. Cette graine de moutarde blanche, d'une réelle efficacité en quelques cas, a cependant des inconvénients parfois fâcheux que n'a pas la grainé de lin. Moins oléagineuse que celle-ci, elle ne parcourt pas toujours aussi facilement le trajet qu'elle doit parcourir, elle s'accumule dans l'intestin, et loin d'avoir les bons effets qu'on en attendait, elle peut par son accumulation produire (on en a cité des exemples) des obstructions entraînant des accidents plus ou moins sérieux.

Avec la graine de lin, dont le principe oléagineux facilite le glissement, ces dangers ne sont point à redouter; il en est de même, et pour le même motif, de la graine du *psyllium*, le *plantago psyllium*, espèce du genre plantain, vulgairement connue sous le non de *pucier*, *herbe aux puces*, en raison de la ressemblance de ses semences avec les insectes dont elles ont la couleur, la taille et le volume.

C'est une graine mucilagineuse dont l'emploi paraissait réservé jusqu'ici, à ma connaissance, du moins, pour la confection de mucilages utilisés, à une certaine époque, notamment par Velpeau, dans l'oculistique, où on en faisait l'excipient des substances astringentes et caustiques administrées en collyres.

Dans la séance du 9 février 1881, M. le docteur Noël Gueneau de Mussy communiquait à la *Société thérapeutique* la note suivante, que vous entendrez avec intérêt.

« Trousseau avait conseillé, dit M. Gueneau de Mussy, de substituer contre la constipation « la graine de lin à la graine de moutarde, qui n'était pas toujours inoffensive. J'avais imité « sa pratique, quand, il y a dix-huit mois, une dame espagnole m'indiqua l'usage d'une graine « dont elle se trouvait à merveille, et qu'elle appelait *sarragota*. Je lui demandai un échan- « tillon de cette graine et je la fis soumettre à l'examen d'un pharmacien qui y reconnut « immédiatement la graine de *psyllium* dont il établit la synonymie avec le sarragota des « Espagnols.

« Le psyllium est une espèce de plantain vulgairement appelée *herbe aux puces*, à cause « de l'aspect de ses graines, qui sont à la fois très petites et très mucilagineuses.

« On en fait prendre une cuillerée à soupe avec un demi-verre d'eau avant le dîner; chez « un certain nombre de personnes, ce moyen n'a pas aussi bien réussi que chez la dame « espagnole qui m'en a enseigné l'usage. Chez d'autres, j'ai dû le faire alterner avec des « laxatifs plus énergiques, comme l'aloès et la rhubarbe, pour en entretenir l'effet. Comme « ses rivales, la graine de psyllium doit avoir l'inconvénient d'user son action. Je connais « cependant un certain nombre de cas où cette action ne s'est pas démentie..

« Ce n'est pas un remède nouveau, car, d'après Murray, les anciens en ont fait l'emploi dans « différentes circonstances, et notamment dans la constipation. Prosper Alpin en parle dans « son livre sur la médecine des Egyptiens; et comme on est souvent obligé de varier les « moyens qu'on oppose à cette indisposition, j'ai cru utile de rappeler celui-ci à votre « attention. »

C'est le même motif qui m'a engagé à vous faire cette communication. Mettant à profit celle de M. Noël Gueneau de Mussy à la Société de Thérapeutique, je me suis empressé de prescrire la graine de psyllium. Les occasions ne pouvaient pas me manquer, car elles sont

fréquentes dans la pratique habituelle de la médecine où nous sommes si souvent consultés par des personnes affectées de constipation plus ou moins opiniâtre. Bien que mon expérience, en cette circonstance comme en tant d'autres, soit peu de chose comparée à celle du maître de qui j'ai pris cet enseignement, je dois dire que, dans plusieurs cas où je l'ai conseillé, ce remède a eu les mêmes bons résultats.

La plupart des malades qui en ont fait usage, en le substituant à la graine de lin qu'ils employaient auparavant, s'en sont trouvés encore mieux. De plus, et ce n'est pas là un médiocre avantage, la graine de psyllium est beaucoup plus facile à avaler, par conséquent moins répugnante. Au lieu de la laisser préalablement macérer un peu dans l'eau qui doit en favoriser la déglutition, ils en avalent tout simplement une bonne cuillerée à bouehe et le verre d'eau pardessus. Ils choisissent de préférence l'heure du coucher, qui leur est la plus commode. L'effet, c'est-à-dire une garde-robe facile, molle, moulée, plus ou moins copieuse, se produit, généralement, le lendemain matin. J'ai été à même de suivre ces malades, depuis qu'ils se sont mis à ce régime; ses bons résultats se sont maintenus.

J'ajoute que, pour donner à ce médicament un goût plus agréable et tout à la fois une propriété carminative, j'y associe, suivant l'idée que m'en a suggéré un de nos pharmaciens les plus entendus, soit de l'huile essentielle de *Badiane*, soit de l'huile essentielle ou une petite quantité de semence de *fenouil*.

En vous parlant de ce déconstipant, je ne le garantis pas infaillible; mais j'ai pensé qu'il serait utile de vous le faire connaître, si vous ne le connaissiez pas, en m'appuyant sur l'expérience et l'autorité du médecin éminent qui me l'a fait connaître à moi-même.

DISCUSSION.

M. de Beauvais demande à M. Blondeau s'il pense que les graines de lin et de moutarde blanche agissent seulement comme corps étrangers dans l'intestin. Quant à lui il croit que l'huile essentielle excitante de moutarde et l'huile douce de lin ne combattent pas la constipation de la même manière, que la graine de moutarde peut être utile dans la constipation par atonie et relâchement de l'intestin, et que la graine de lin, au contraire, réussit mieux dans la constipation à forme inflammatoire et douloureuse.

M. Blondeau répond que les graines de lin, de moutarde blanche ou de psyllium n'ont qu'une action mécanique. Il recommande de préférence la graine de psyllium parce qu'elle est très facile à avaler en raison de sa petitesse et des autres avantages qu'elle lui a paru présenter.

M. de Ranse emploie avec succès la graine de lin, qu'il fait prendre, le matin, dans une tasse de lait.

M. Blondeau est d'avis que les graines de psyllium prises au moment du diner, dans du potage, agissent beaucoup mieux.

*Élection.* — M. le docteur Lardier, chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (Vosges), est nommé membre correspondant à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à 5 heures et demie.

*Le secrétaire annuel*, Dr Thevenot.

## FORMULAIRE

### Traitement des hémorrhoïdes par les injections phéniquées. — Spaak.

Le docteur Spaak a employé avec succès le procédé américain pour le traitement des hémorrhoïdes. Le malade qu'il a opéré était porteur de quatre hémorrhoïdes, dont l'une située dans le rectum, à un pouce de l'anus, mesurait le volume d'un petit œuf de poule. Les autres étaient plus petites, et plus rapprochées du sphincter anal. — Au moyen d'une seringue de Pravaz, il injecta dans la plus grosse tumeur, environ six gouttes d'un liquide composé de parties égales de glycérine et d'acide phénique pur, mais liquéfié. La douleur se réduisit à une simple cuisson, de 10 minutes de durée. Le lendemain, l'hémorrhoïde a disparu, la tumeur semble s'être accolée tout entière à la paroi rectale en s'étalant. — Huit jours plus tard, deux autres hémorrhoïdes sont injectées; l'une interne de la grosseur d'une forte noisette, et l'autre externe de la même grosseur. Pas de douleur pendant l'opération. Le lendemain, disparition complète de l'hémorrhoïde interne et diminution de volume de l'externe, qui présente un aspect fripé et contracté. — Dix jours plus tard, une quatrième petite hémorrhoïde est opérée et disparaît comme les autres. — Sans vouloir prétendre que ce procédé doive toujours se montrer aussi efficace, le succès du docteur Spaak est de nature à encourager de nouveaux essais. — N. G.

## COURRIER

M. Wurtz, l'illustre savant, vient d'être élu sénateur inamovible à une immense majorité.

Légion d'honneur. — Par décrets du Président de la République, rendus sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier :* M. Foiret, médecin principal, et M. Crevaux, médecin de 1re classe.

*Au grade de chevalier :* MM. Bonnafy, Bellamy, Reynaud, médecins de la marine ; M. Tautin, aide-médecin auxiliaire ; M. Coutance, pharmacien de la marine.

— Par décrets du Président de la République, rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

*Grand'croix :* M. Pasteur, membre de l'Institut est élevé à la dignité de grand'croix de la Légion d'honneur.

*Au grade d'officier :* M. Brouardel, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique.

*Au grade de chevalier :* M. Chatin, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, directeur du laboratoire de micrographie du Havre ; — M. Roux, aide de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Préservation des fruits contre les insectes. — Nous empruntons à la chronique médicale de M. le docteur A. Bordier, du *National*, les lignes suivantes, qui pourront intéresser plus particulièrement nos confrères des départements :

Je ne veux pas terminer cette chronique sans vous donner, d'après un journal de pharmacie, une recette propre à préserver les fruits contre les insectes.

Vous connaissez tous, ces copeaux de bois blanc, si amer, le *quassia amara*, avec lesquels on prépare une macération bien connue et peu estimée des enfants, à qui on l'ordonne souvent, et à qui elle fait faire une horrible grimace.

Inoffensif pour l'homme, à cette dose, le *quassia amara*, comme beaucoup d'amers qui se rapprochent de la strychnine, est un poison pour les êtres inférieurs. Les insectes, notamment, l'ont en horreur.

On recommande donc de badigeonner les pêchers, les arbres fruitiers, en général, et même la vigne, avec une macération de *quassia*, dont l'effet serait de préserver la plante des insectes.

On recommande le même liquide sur les mains pour éloigner les moustiques et les cousins.

On ajoute, enfin, qu'une livre de *quassia* peut donner trente-cinq livres d'une macération efficace.

Empoisonnement par la morille. — M. le docteur Meurer (d'Erlanger), donne la relation du fait suivant :

Il s'agit d'un cas d'empoisonnement sur une famille de neuf personnes : trois n'éprouvèrent rien, trois furent légèrement malades, une gravement, deux moururent : une jeune fille de seize ans et un enfant de huit. Les morilles avaient été lavées à l'eau froide, puis étuvées et mangées *en deux fois*. Une autre famille qui en avait consommé immédiatement après les avoir fait cuire à l'eau chaude n'a rien éprouvé. Vomissements, refroidissements, convulsions, tels furent les principaux symptômes observés : il est à remarquer qu'on ne pouvait dans ce cas invoquer la présence de champignons d'une autre espèce, ni celle d'aucune substance toxique étrangère.

Force est donc de conclure que les accidents ont été produits par l'ingestion sans coction suffisante des champignons incriminés. Le docteur Bostrom a reconnu que, même cuite, la morille produit des désordres semblables chez le chien, qui serait infiniment plus sensible que l'homme à ce genre de poison. Des observations recueillies jusqu'à présent, on est en droit de conclure que la morille jeune ne contient pas de substance vénéneuse, mais que c'est seulement à sa période de régression que celle-ci semble prendre naissance. Toutes les décoctions de cette espèce sont plus ou moins suspectes, et la morille est d'autant plus dangereuse qu'elle est plus vieille, surtout lorsque, après avoir été pelée, on la laisse un certain temps à l'air avant de la préparer.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE MÉDICALE

## OBSERVATION DE MUGUET DÉVELOPPÉ CHEZ UN ADULTE A LA SUITE D'UNE ANGINE HERPÉTIQUE ET D'UNE STOMATITE ÉRYTHÉMATEUSE;

Note communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 novembre 1880,

Par M. Louis Brocq, interne des hôpitaux.

Ce travail démontre la possibilité du développement du muguet chez un jeune homme jouissant d'une santé assez bonne pour lui permettre de se livrer à ses occupations habituelles. Agé de 24 ans, exempt de toute diathèse, de tuberculose, de diabète, d'albuminurie, de tumeur maligne; n'ayant comme maladie aiguë qu'une angine herpétique, il a vu, alors que cette angine était en pleine résolution, sa gorge se couvrir de plaques confluentes d'oïdium. Il est bon d'ajouter, pour rendre le fait un peu moins surprenant, qu'il était interne des hôpitaux, et qu'il examinait et auscultait assez souvent une de ses malades qui était atteinte de broncho-pneumonie tuberculeuse et qui avait la bouche pleine de muguet. Il réunissait donc deux des conditions nécessaires à l'évolution du parasite : il avait une muqueuse en pleine prolifération épithéliale, et se trouvait exposé aux germes contagieux de la mucédinée. Bien que la troisième condition fît défaut, que le terrain ne fût guère favorable puisqu'il ne présentait aucune déchéance vitale, l'oïdium s'est développé chez lui ; l'observation qui suit va montrer avec quelle ténacité.

Louis B..., âgé de 24 ans, interne à la Charité dans le service de M. le professeur Laboulbène, n'a jamais fait de grandes maladies, mais il est d'une constitution assez faible ; il est sujet aux migraines, aux maux d'estomac, et, depuis quatre ans, à des accès d'asthme.

Du 1er au 15 juillet 1880, il s'est fatigué dans un voyage en Suisse et en Savoie ; il a néanmoins repris de suite son service à la Charité.

Depuis son retour, il ne se sentait pas très bien portant, et il avait déjà eu plusieurs accès d'asthme et de gastralgie, quand, le 7 août, il fut pris de céphalalgie excessivement intense, puis de frissons, de fièvre et de courbature : le dimanche 8 août, il commença à souffrir de la gorge; le lundi 9, les douleurs furent assez vives pour que les mouvements de déglutition devinssent un supplice.

B... avait de la fièvre, de l'insomnie, de l'anorexie. La gorge était rouge, gonflée surtout

# FEUILLETON

## RECHERCHES ETHNOGRAPHIQUES SUR LE TATOUAGE

### CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE DE SA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE (1);

Par le docteur E. Magitot,

Secrétaire général adjoint de la Société d'anthropologie de Paris,
Lauréat de l'Institut, etc.

Dans l'histoire générale des mutilations ethniques, histoire dont nous avons essayé dernièrement à Lisbonne (2) d'esquisser les traits principaux, le tatouage comprend une grande classe, *celle des mutilations cutanées*. C'est une pratique dont le but essentiel est d'imprimer à la peau suivant divers procédés des signes variés indélébiles ou supposés tels. Elle remonte à la plus haute antiquité et vraisemblablement au début même des sociétés humaines.

En effet, les auteurs Grecs et Romains en font fréquemment mention; ils en décrivent les méthodes qui consistent, tantôt en piqûres, tantôt en applications de fer rouge. Ces dernières qui étaient réservées aux esclaves et aux vaincus, ne nous paraissent pas devoir être regardées comme un tatouage véritable.

Le tatouage était d'ailleurs familier en Egypte où l'on en retrouve les poinçons caractéris-

(1) Résumé d'une communication de l'auteur au Congrès d'Alger, section d'anthropologie. (Séance du 20 avril 1881.)

(2) Voy. Compte rendu du Congrès préhistorique de Lisbonne; 1880.

du côté gauche, qui était le plus douloureux, et où l'on pouvait voir une plaque blanche sur l'amygdale; il y en avait deux à droite.

Les ganglions sous-maxillaires étaient un peu gonflés et très-sensibles à la pression.

Ses camarades lui dirent qu'il avait une angine herpétique, et lui affirmèrent qu'ils avaient vu quelques vésicules d'herpès sur les piliers. Il ne prit que des gargarismes au chlorate de potasse.

Du lundi 9 au samedi 14, son état ne fit qu'empirer ; pendant toute cette semaine il ne put avaler que du bouillon et des œufs.

Le samedi, voyant que la fièvre et la douleur persistaient toujours, que sa langue avait un enduit saburral tellement épais qu'il en éprouvait une sensation de gêne mécanique, il prit un ipéca stibié qui l'affaiblit outre mesure et provoqua quatre secousses de vomissements et autant de selles liquides. Il continua, de plus, le chlorate de potasse.

Le lundi 16, il se sentit un peu mieux, il n'avait plus de fièvre, et la douleur à la déglutition diminuait; elle disparut à peu près complètement ainsi que le gonflement le mercredi 18, jour où il reprit sa vie habituelle.

Pendant tout ce temps il n'avait pas cessé d'aller à l'hôpital et de faire son service, mais il s'était fait remplacer pour quelques contre-visites du soir.

Depuis il ne s'occupait plus de sa gorge et il se considérait comme complètement guéri. Cependant dès le vendredi 20 août, autant qu'il s'en souvienne, il a éprouvé par instants comme une sensation de gêne et de sécheresse lors de la déglutition, mais c'était tellement léger qu'il ne s'en est pas inquiété, l'attribuant à son angine antérieure, et il avoue qu'il ne s'est même pas regardé la gorge une seule fois depuis le 18.

Le lundi 23 août, au moment de se lever, il a ressenti une grande faiblesse, une sorte d'abattement général, en même temps que des douleurs de courbature. Tout cela s'est dissipé après le déjeuner pour reparaître le matin du 24 août. La sensation anormale que le malade éprouvait à la gorge depuis 4 jours s'est manifestement accrue. Il lui semble qu'il a comme une toile d'araignée qui lui tapisse et lui dessèche la gorge; cette sensation de corps étranger s'accroît par la déglutition. C'est une simple gêne, qui n'arrive à la douleur que lorsque le malade est pris de bâillement. Dès la veille, il avait remarqué qu'il était obligé pour ne pas souffrir de ne pas exécuter ce mouvement dans toute son ampleur.

Toutefois il ne pense pas à une nouvelle angine, car il ne sent pas de fièvre, pas de douleur spontanée ni à la déglutition, pas de salivation, aucun malaise enfin, si ce n'est un peu de faiblesse. A l'hôpital, il remarque que sa voix est enrouée, à deux reprises elle se voile presque complètement, et on lui dit qu'il est fort pâle ; mais il déjeune avec beaucoup d'appétit, sans gêne aucune, et pendant le repas la voix se dégage.

Vers deux heures de l'après-midi, la sensation de corps étranger, de toile tapissant la gorge, et de sècheresse devient de plus en plus gênante. Vers quatre heures elle arrive à provoquer

---

tiques. Il y avait été importé sans doute par quelque population du haut Nil, région qui représente encore actuellement le centre de tant de mutilations volontaires. Des Egyptiens, il a passé aux Hébreux dont les textes en décrivent l'emploi sous le nom *d'écriture de points sur la peau.*

Si l'on remonte plus loin encore, on retrouve la trace de cette pratique aux temps préhistoriques et l'on se souvient que Lartet n'a pas hésité à déclarer que certaines aiguilles effilées faites de bois de renne et trouvées dans la caverne d'Aurignac étaient des instruments de tatouage (1).

Il faut reconnaître toutefois que les documents ethniques ou géographiques sur cette question sont fort peu nombreux, mais hâtons-nous d'ajouter que plusieurs d'entre eux ont une grande valeur.

Sans rappeler les auteurs anciens qui se bornent à mentionner çà et là quelques faits de tatouage, ce n'est qu'à partir du siècle dernier que se rencontrent les premiers travaux spéciaux.

C'est ainsi que le questionnaire rédigé en 1785 pour le voyage de Lapeyrouse, indique formellement les recherches à faire dans cette voie, mais il ne semble pas que les explorateurs en aient tenu un compte suffisant.

En 1820 paraît la première étude sur le tatouage. Elle est due à R.-P. Lesson, sous ce titre : *Du tatouage chez les différents peuples de la terre* (2).

Plus tard, c'est à un tout autre point de vue que la question a été abordée. Ainsi Follin en 1848, Casper et Chereau en 1852, Tardieu en 1855, l'ont traitée sous le rapport médical et médico-légal (3).

(1) *Annales des sciences naturelles*, 4e série, zoologie. T. XVI.
(2) *Annales maritimes et coloniales*, 1820, 2e partie, n° 36.
(3) Follin, Lettre à l'Académie de médecine, *Bulletin de l'Académie*, t. XIV, p. 857. — Cas-

une légère douleur lors de la déglutition de la salive. Le malade se regarde la gorge, et est tout étonné de voir les piliers du voile du palais, le voile lui-même et la luette, les amygdales, complètement tapissés d'une couche de matière blanchâtre, inégale, un peu grumeleuse par places, mais continue, sorte d'éruption confluente ne ressemblant à aucune des angines qu'on s'attend à trouver chez un adulte à peu près bien portant. Ce qui le surprend surtout, c'est de voir qu'un enduit aussi abondant n'est accompagné d'aucune réaction inflammatoire, d'aucun phénomène douloureux, d'aucun engorgement des ganglions.

Fort embarrassé, ne sachant trop que penser et que faire, il se rend à la Charité, et se montre à un de ses amis, M. le docteur Letulle, médaille d'or des hôpitaux, qui commence par être fort étonné, puis avoue qu'il ne peut formuler de diagnostic bien précis, quoiqu'il trouve que cela ressemble beaucoup au muguet, et il propose, en l'absence de M. le professeur Laboulbène, en congé de vacances, d'aller voir de suite un de nos maîtres, M. Damaschino.

Celui-ci examine la gorge, ne peut s'empêcher de manifester son étonnement, prend une parcelle de l'enduit, la met sur la platine de son microscope, et y trouve de la façon la plus évidente possible les spores et les filaments tubuleux de l'oïdium albicans : ce n'est que du muguet.

M. Damaschino ajoute que si le malade n'avait pas été un adulte ayant les apparences d'une bonne santé, il n'aurait pas hésité un seul instant à affirmer de suite ce diagnostic, car le cas est presque typique ; en effet outre les points indiqués il y en a quelques petits îlots disséminés autour des endroits où il est confluent, ainsi que sur le pharynx et la base de la langue.

La salive a une réaction acide faible : le malade n'est atteint d'aucune cachexie, il ne tousse pas ; il n'a ni albumine ni sucre dans l'urine.

On lui nettoie de suite la gorge avec un linge sec, et il se fait de nombreux badigeonnages avec une solution concentrée de borax. — Bicarbonate de soude à l'intérieur.

25 août. Le malade n'a plus que quelques îlots ; son chef provisoire, M. Troisier, vérifie encore une fois le diagnostic par l'examen microscopique. L'état général est bon, sauf un peu de faiblesse dans les membres inférieurs. La sensation de corps étranger a bien diminué, il n'y a pas la moindre douleur, mais peut-être un peu de gêne à la déglutition. Le bâillement est toujours très-pénible.

26. Ce matin au réveil, le malade éprouve une sensation de gêne et de sécheresse assez marquée, surtout lors de la déglutition, et de véritables douleurs lors du bâillement. Les ilots de muguet sont peu apparents, ce qui frappe le plus c'est la rougeur et l'aspect de dépoli de la gorge. On vérifie de nouveau au microscope l'existence de l'oïdium.

Badigeonnages avec le borax.

27. Il y a encore au réveil de la gêne à la déglutition, gêne qui persiste pendant deux ou trois heures. On voit toujours quelques ilots de muguet, mais surtout une rougeur et un dép ol fort prononcé de la muqueuse. Même traitement. Diarrhée. Le malade se gargarise avec du chlorate de potasse et continue le borax.

---

Enfin nous arrivons à M. Berchon qui, le premier, a écrit un livre sur les différents problèmes de l'ordre médical que soulève la pratique du tatouage. Son travail est des plus remarquables et il se complète de deux publications : l'une sur le tatouage aux îles Marquises, l'autre sur les accidents et les dangers de cette pratique (1).

Tel est, avec les relations isolées de la plupart des navigateurs, l'état de la littérature scientifique sur cette question. Ajoutons toutefois, pour terminer, une publication très récente de M. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon et qui a recueilli un nombre considérable de tatouages chez les criminels et sur les soldats des régiments algériens. Cette fois encore la question est étudiée au point de vue médico-légal et dans ses rapports avec la criminalité (2).

Notre but personnel est beaucoup plus limité. Tout en réservant pour une autre époque une étude complète sur le tatouage ethnique, nous allons essayer aujourd'hui d'en fixer la répartition géographique, suivant les principaux procédés employés.

Or, le tatouage envisagé d'abord au point de vue des méthodes opératoires se divise en cinq variétés qui sont :

1° Le tatouage par piqûres,

per, *Traité de méd. lég.*, trad. franç., 1862, t. II, p. 82. — Chereau, *Union médic.*, t. VI, p. 545. — Tardieu, *Ann. d'hyg. publ. méd.*, t. III, p. 71.

(1) Berchon. Tatouage aux îles Marquises, *Bull. Soc. anthrop.*, 1860, p. 99. — *Recherches sur le tatouage*, Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol., 1861, p. 13. — *Histoire médicale du tatouage*, Paris, 1869.

(2) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1881, 1er avril.

28. Même état. Cependant la gêne à la déglutition diminue. On voit quelques ilots de muguet sur les côtés de la base de la langue et sur la partie la plus inférieure des piliers droits.

29. Les ilots deviennent de plus en plus rares. La diarrhée a disparu ; l'état général est excellent.

30. Même état.

31. Il y a encore quelques ilots de muguet sur le pilier gauche. La langue du malade est fort douloureuse vers la pointe et lui donne une sensation de brûlure lorsqu'il prend des aliments et surtout lorsqu'il boit du vin. Rien de perceptible à la vue. L'examen microscopique de ce que l'on obtient par le raclage des points douloureux ne montre ni tubes ni spores. — Gargarisme avec une solution de bicarbonate de soude.

1er septembre. Les douleurs de la langue sont assez vives pour que la mastication des aliments soit pénible et difficile. La face interne des joues devient, elle aussi, très sensible.

La gorge a toujours des ilots de muguet : ils sont même un peu plus nombreux que la veille.

2. Les douleurs buccales augmentent d'intensité. On dirait que tout le revêtement épithélial a disparu et que la muqueuse est exulcérée. Les points les plus sensibles sont la pointe de la langue et des gencives vers les quatre grosses molaires. Bon état général : le malade fait son service sans aucune gêne.

3. Le muguet fait de nouveaux progrès. Ce matin le malade a eu en s'éveillant une sensation de sècheresse à peu près générale et de picotement dans la gorge et dans la bouche. Il lui semble voir de petits grains blanchâtres sur les bords de la langue ; cependant il n'y trouve pas l'oïdium. La salive est toujours acide le matin. Le passage des aliments et surtout du vin est tellement douloureux que B... ne prend plus de vin de quinquina.

Décoction de malt comme adoucissant. Continuation des gargarismes.

4. Toute la gorge, la face interne des joues, les gencives sont d'un rouge ardent, la commissure droite des lèvres est douloureuse : la langue est un peu blanche. Les douleurs augmentent tellement que le malade ne peut plus manger de viande, et que le jus de viande rôtie lui cause des sensations de brûlure.

Bon état général.

5. Le malade s'aperçoit qu'il a sur la face interne des joues et sur les gencives un léger enduit blanchâtre. Il le racle et trouve des filaments et surtout des spores superbes d'oïdium. La langue fort blanche est toujours très-douloureuse. Cependant on n'obtient en la raclant que quelques filaments isolés d'oïdium.

Les gencives sont fort tuméfiées, les joues sont exulcérées et complètement dépolies. Le bord libre des lèvres est douloureux. (Eau de Vichy.)

6. Le malade est dans le même état local, il se fait voir à M. Troisier et à M. Landouzy, qui vérifient le diagnostic microscopique du muguet des joues. — Douleurs fort vives. Le chlorate de potasse en particulier cause des sensations de brûlure. — Gargarisme au borate de soude. — Potion au chlorate de potasse. — Décoction de malt.

---

2° Le tatouage par incisions ou cicatrices,
3° Le tatouage sous-épidermique,
4° Le tatouage par ulcérations ou brûlures,
5° Le tatouage mixte dans lequel il y a mélange de plusieurs des procédés précédents.

1° *Tatouage par piqûres.* — C'est le plus répandu de tous. On le retrouve dans toutes les parties du monde et particulièrement en Europe, où il s'est perpétué depuis les temps protohistoriques jusqu'à nos jours. Autrefois il était le privilège de certains groupes ethniques, tandis qu'aujourd'hui il ne se montre que sous forme errative et à titre de souvenir d'une tradition ancienne. C'est avec ce caractère qu'il persiste chez quelques peuples de l'Italie et dans diverses classes inférieures de nos sociétés, certains corps de métiers, etc.

En dehors de l'Europe, le tatouage par piqûres se retrouve d'abord chez les Arabes et les Kabyles. Ici la question mérite de nous arrêter un instant, et n'ayant point encore une expérience personnelle, nous mettrons à contribution les documents qu'ont bien voulu nous fournir à ce sujet plusieurs de nos confrères de l'armée et en particulier le docteur Lacassagne que nous avons cité tout à l'heure.

L'opération se fait ici le plus souvent par piqûres, mais parfois aussi par des incisions superficielles du derme dans lesquelles on applique des matières colorantes.

Cette seconde méthode ne nous paraît pas toutefois de nature à ranger le tatouage en Algérie dans la classe des tatouages par cicatrices ; car ici l'incision n'aurait d'autre but que l'introduction plus facile que par la piqûre des matières colorantes employées.

Le tatouage se pratique en Algérie par la main des femmes qui tracent ainsi soit chez les

7. Le malade voit sur sa lèvre inférieure à gauche, près du bord libre, une exulcération à grand axe transversal, ovalaire. En raclant cette ulcération dont la surface au premier abord paraissait complètement détergée, il obtient du muguet superbe. — Il y a encore quelques tubes dans le raclage de la langue, des quantités dans le raclage des gencives et des joues. — Continuation du bon état général. — (Même traitement.)

8. L'ulcération de la lèvre a meilleur aspect. La face interne des deux joues est rouge, exulcérée, avec des traînées d'enduit blanchâtre formées par l'oïdium, le maximum de la lésion siège au niveau de l'intervalle des deux mâchoires.

La joue droite est la plus atteinte. Les gencives en arrière des grosses molaires sont gonflées et recouvertes de muguet presque confluent. La gorge est rouge, mais a beaucoup moins d'îlots. La déglutition ne cause aucune gêne.

La sensation de sécheresse que le malade éprouvait tous les matins a complètement disparu. Les douleurs buccales sont vives; depuis trois jours, le malade se remet à manger des œufs. Même traitement.

9. L'amélioration est fort marquée. Il y a encore quelques ulcérations sur les joues et sur les lèvres.

10. Le malade ne sent presque plus de douleurs sur les joues. L'extrémité antérieure de la langue est toujours assez sensible au chlorate et aux aliments.

11. L'amélioration est tellement grande que le malade se croit guéri et pense pouvoir aller à la campagne sans prendre de chlorate de potasse.

12. Les douleurs buccales ont reparu pendant la nuit. Exulcérations nombreuses et plaques de muguet sur les deux lèvres et les deux joues, surtout à la hauteur de l'intervalle des mâchoires; plusieurs plaques sont tout près du bord libre de la lèvre inférieure. Le raclage de ces plaques est examiné au microscope; on voit qu'il est constitué presque exclusivement par des spores et des filaments d'oïdium albicans; il n'y a que quelques cellules d'épithélium pavimenteux. — Chlorate de potasse et gargarisme au borax.

13. Les douleurs sont un peu moins vives que la veille. Cependant, il y a toujours sur les deux lèvres les exulcérations précédemment décrites recouvertes de muguet; la face interne de la joue gauche est rouge, tuméfiée, et porte çà et là des semis blanchâtres. Il en est de même des gencives vers les grosses molaires. Les piliers sont toujours un peu rouges, excoriés; mais, à l'œil nu, ils ne présentent pas de semis blancs visibles. Sur les bords latéraux de la langue, et particulièrement à gauche, il y a des points blanchâtres que le microscope nous montre être du muguet. Bon état général.

Dans cette poussée nouvelle, il n'y a que la muqueuse buccale de prise; la sensation de sécheresse de la gorge au réveil, les douleurs causées par la déglutition, et surtout par le bâillement, n'ont pas reparu.

14. Il y a un mieux sensible. Mais les ulcérations des lèvres, surtout celles de la lèvre inférieure, persistent et sont recouvertes d'un semis blanchâtre de muguet. Ce semis existe aussi

---

enfants soit chez les adultes des dessins qui rappellent les dispositions des broderies bien connues de laine et de soie, des dentelles, etc. (1).

Voici d'ailleurs sur ces tatouages algériens une note personnelle du docteur Lacassagne :

« Ce sont généralement des Mauresques qui tatouent les Arabes. Elles se tiennent le plus « souvent sur les marchés, très rarement on trouve des hommes exerçant cette profession.

« En général, les tatouages sont faits à l'aide d'incisions légères pratiquées dans la peau « avec un instrument tranchant. On verse alors sur ces incisions représentant un dessin quel- « conque du charbon pilé ou du bleu de blanchisseuse, rarement on emploie l'encre de Chine. « Le henna remplace le vermillon, mais il est généralement très peu apparent ; il s'emploie « en poudre.

« Quelquefois aussi on tatoue à l'aide d'aiguilles. A la suite du tatouage, les opérateurs ap- « pliquent sur la partie tatouée une herbe qu'ils nomment *maghnina*, et qu'ils laissent une « journée sur la plaie. Cette herbe a la propriété d'empêcher l'inflammation et les croûtes « qu'elle provoque. Un Arabe m'a dit avoir employé dans le même but de l'essence de sapin (?)

« Le prix des tatouages varie, il est plus élevé pour les étrangers que pour les hommes « faisant partie de la tribu des tatoueurs. Le paiement s'effectue soit en argent, soit en blé, « en orge ou autres céréales. Lorsque les tatoueurs veulent enlever un tatouage, ils appliquent « sur la partie un emplâtre de djir (chaux vive) et de saboûn akhal (savon noir). Ce mélange « produit une cicatrice semblable à celle d'un vésicatoire et généralement le tatouage s'affai- « blit ou disparaît. Nous avons pu remarquer sur différentes prostituées arabes que quelques

(1) Gillebert-Dhercourt. *Anthropologie de l'Algérie*, mémoire de la Société d'anthropologie de Paris, t. III, p. 17.

sur les deux bords de la langue et sur les gencives des grosses molaires. Depuis quatre jours, le malade a, dans la soirée et dans la nuit, quelques légers accès d'oppression.

15. Accès d'asthme assez fort dans la nuit du 14 au 15. Les ulcérations de la bouche vont mieux, mais celles des lèvres sont plus marquées; elles sont gonflées, douloureuses, recouvertes de muguet et siègent tout près du bord libre.

16. Deuxième accès d'asthme un peu moins fort que le précédent dans la nuit du 15 au 16. — Les ulcérations des lèvres sont toujours gonflées, douloureuses, recouvertes de petits îlots blanchâtres de muguet. On les touche avec une solution concentrée de borax. — Chlorate de potasse, vin de quinquina.

17. Troisième accès d'asthme moins violent que les deux autres dans la nuit du 16 au 17. Les ulcérations des lèvres sont un peu moins rouges et douloureuses. Il y a toujours à leur surface des îlots de muguet. — Même traitement.

18. Simple oppression pendant la nuit. Les lèvres sont moins gonflées, moins enflammées, mais les ulcérations persistent, et il y a, le matin, sur leur surface des îlots de muguet. La pointe de la langue et ses deux bords sont douloureux. — Même traitement.

Pendant la journée, la gorge redevient douloureuse. Des plaques blanches se montrent sur les piliers du voile et à la base de la luette. On les examine au microscope, et on voit qu'elles sont formées par de l'oïdium.

19. Les douleurs linguales et gingivales ont reparu. La langue est dépolie par places; elle est comme marbrée de plaques rouges, tandis que le reste de sa surface est recouvert d'un enduit blanc jaunâtre. Çà et là, sur toute son étendue, mais surtout vers les bords, se trouvent de petits points blancs formés, comme le montre le microscope, d'amas épithéliaux à la face superficielle desquels se trouvent des tubes et surtout des spores d'oïdium.

20. Les lèvres sont de nouveau très gonflées, douloureuses et couvertes d'ulcérations. Les mouvements de la langue sont maladroits et pénibles. — Continuation du même traitement.

21. Le malade va chez lui, dans le Lot-et-Garonne. Il éprouve encore par instants une sensation de sécheresse dans la gorge. L'isthme du gosier est rouge, mais on ne voit plus de semis blanchâtres que sur les exulcérations des lèvres.

22-23. L'état local s'améliore. La langue est encore un peu douloureuse par places, et les lèvres présentent quelques exulcérations. Le malade ne prend plus qu'une potion au chlorate de potasse.

24. Le malade ne sent plus aucune douleur en mangeant. Les ulcérations sont moins marquées.

25-26. Les ulcérations disparaissent complètement. Le malade est parfaitement guéri. Depuis deux jours, il ne prend plus aucun médicament.

*(La suite dans un prochain numéro.)*

---

« tatouages portaient des cicatrices de brûlures. Il faut les attribuer à la coutume qu'ont ces « femmes de se poser sur les bras l'extrémité incandescente d'une cigarette lorsqu'elles ont « quelque discussion avec un de leurs amants.

« J'ai les dessins et les observations de tatouages pris sur 32 spahis, originaires pour la plu- « part de la province d'Alger et sur 16 prostituées de différentes maisons publiques de Médéah. « Quelques-unes de ces femmes étaient de la même province, et d'autres du sud de la pro- « vince de Constantine. J'ai trouvé des tatouages, surtout chez les femmes, à la face, sur le « front, aux ailes du nez, au menton, à la lèvre inférieure, sur les os malaires. Puis aux bras, « aux avant-bras, aux poignets; quelques-uns ressemblent par leurs dispositions générales à « la trame d'une dentelle. Ceux-là se voient aussi sur la face dorsale des mains et ressem- « blent à des mitaines.

« Les hommes en ont plus souvent aux bras, sur la face dorsale des mains, au nez, aux « tempes, et fréquemment à la malléole externe. Ce dernier, paraît-il, dans quelques tribus « désigne un habile cavalier.

« Hommes ou femmes en présentent rarement sur la poitrine et plus rarement encore sur « le ventre et la partie supérieure des cuisses. Bon nombre de prostituées se font tatouer des « grains de beauté, des mouches qui se trouvent à la commissure des lèvres, à la lèvre supé- « rieure ou inférieure, sur la joue ou près de la fente externe des paupières. J'ai trois obser- « vations de prostituées dont les dessins représentent un portrait ou l'inscription d'un ancien « amant et à côté ou sur l'autre bras le portrait ou le nom d'une femme. Cette observation « avait déjà été faite par Parent-Duchatelet et s'il est curieux de le constater chez les femmes « arabes il est facile d'en trouver l'explication.

« Des tatouages sur des spahis représentent des zouaves, des spahis, des arabes, Abd-el-

## CORRESPONDANCE

Enregistrons un nouvel avis, que M. le docteur S. Vautherin, de Belfort, veut bien nous communiquer au sujet de l'observation du docteur Garrigou. La lettre de notre confrère contient deux préceptes qu'on peut qualifier d'élémentaires, mais sur lesquels il n'est pas inutile d'insister, car la question est éminemment *pratique.*

Le premier de ces préceptes a trait à la conduite que M. Garrigou aurait dû tenir aussitôt qu'on lui eut appris l'erreur du pharmacien. Il dit bien, dans sa relation, qu'il a essayé de vomir; mais le trouble des premiers moments l'a empêché, sans doute, de persister dans cette voie.

« M. le docteur Garrigou, dit notre confrère de Belfort, devait absolument provoquer les vomissements, immédiatement, par l'introduction de l'index dans l'arrière-gorge et la titillation de la luette. Après les premières évacuations, il fallait boire abondamment de l'eau tiède contenant de la poudre d'ipéca et du tartre stibié. Après ces moyens élémentaires, je pense que tout serait rentré dans l'ordre; l'emploi des contre-poisons n'avait de raison d'être qu'après avoir vidé l'estomac. »

Seconde recommandation, que tous les médecins devraient méditer :

« La potion a été ainsi formulée :

| | | |
|---|---|---|
| Eau distillée de menthe . . . . . . . . . . | 100 | grammes. |
| Gouttes amères de Baumé . . . . . . . . . | 5 | gouttes. |
| Sirop de jusquiame. . . . . . . . . . . . . | 10 | grammes. |
| Sirop de coing. . . . . . . . . . . . . . . | 30 | — |

« Elle aurait dû, suivant moi, être ainsi écrite :

| | | |
|---|---|---|
| Gouttes amères de Baumé. . . . . . . . . | | cinq gouttes. |
| Sirop de jusquiame. . . . . . . . . | 10 | grammes. |
| Sirop de coing. . . . . . . . . . . . | 30 | grammes. |
| Eau distillée de menthe . . . . . . | 100 | grammes. |

« L'indication 5 *gouttes* n'aurait jamais dû être placée sous les 100 grammes d'eau de menthe, les gouttes sous la colonne des grammes. Il y avait là une cause d'erreur, légère il est vrai, mais de nature à amener de grands effets. Il était bon aussi d'écrire *cinq gouttes* en toutes lettres. »

D[r] J. VAUTHERIN.

---

« Kader, des inscriptions arabes, des palmiers, une gazelle, le croissant et l'étoile..., — et « même un crucifix. Ces tatouages ont été faits ou à l'hôpital ou dans les postes du Sud par « des zouaves ou des hommes du bataillon d'Afrique, qui se font en général payer assez cher « leur talent de mauvais dessinateurs.

« Je n'ai pas pu arriver à trouver des tatouages spéciaux aux différentes tribus, cependant « ceux du cercle de Boghar, de la tribu des Zaoulas (près d'Orléansville), me semblent assez « caractéristiques.

« Beaucoup d'Arabes n'ont souvent qu'un tatouage représentant un trait long d'un centi- « mètre et large de deux millimètres sur l'aile droite du nez.

« Il est facile de reconnaître dans ces tatouages les traces des scarifications ou incisions « qui les ont produits. J'ajoute qu'un grand nombre s'effacent avec l'âge et j'attribue cette « disparition au charbon employé. Disons enfin que beaucoup d'Arabes, surtout les femmes, « sont tatouées fort jeunes; plus tard, c'est de la coquetterie ou de la vanité. »

(*La suite dans un prochain numéro.*)

---

— L'hospice des Enfants-Assistés est devenu insuffisant, et il était de toute nécessité de l'agrandir; l'administration vient de décider que les travaux commenceraient le plus tôt possible.

Il sera construit sur la rue Denfert-Rochereau trois bâtiments : un à droite, parallèlement à la crèche, comprenant deux étages; à gauche, un bâtiment semblable; enfin, au milieu, un bâtiment n'ayant qu'un étage.

La dépense atteindra environ 800,000 francs.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE. — Grenouillette et kyste dermoïde. — De la transformation des abcès froids en kystes. — De quelques usages de la bande de caoutchouc vulcanisé dans les affections chirurgicales. — Présentation de malade : polype naso-pharyngien. — Présentation de pièce pathologique : ostéomyélite du fémur, avec séquestre, ayant séjourné pendant quarante-quatre ans.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, on est revenu à la discussion sur le traitement de la grenouillette et à celle relative à la transformation des abcès froids, les deux discussions s'enchevêtrant l'une dans l'autre non sans une certaine confusion.

M. NICAISE dit qu'il a opéré en 1877 une jeune fille de 15 ans d'une tumeur située à la face inférieure de la langue, tumeur à paroi mince qui laissait voir par transparence la couleur blanche du contenu. Cette tumeur avait les dimensions d'une noisette. Elle fut enlevée avec facilité. Pendant l'extraction, M. Nicaise s'aperçut qu'elle se continuait jusqu'à la symphyse du maxillaire inférieur par un pédicule dur, résistant, rigide, allant s'insérer aux apophyses géni. L'ablation du pédicule montra qu'il était canaliculé et que ce canal était constitué par une paroi fibro-cartilagineuse tapissée, à l'intérieur, par une espèce de membrane mucoso-cutanée. La malade a parfaitement guéri, mais il est probable, ajoute M. Nicaise, que si le pédicule n'avait pas été enlevé en totalité, une récidive se serait produite. C'est là, suivant lui, un exemple de kyste dermoïde muqueux, beaucoup plus rare que le kyste dermoïde cutané.

M. TERRILLON, prenant la parole sur la question de la transformation des abcès froids, rappelle deux observations qu'il a eues sous les yeux, l'une à l'hôpital Saint-Antoine, l'autre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Duplay dont il était le remplaçant. M. Terrillon n'a pu retrouver la première observation, mais la seconde était identique à celle que M. Le Dentu a communiquée dans la dernière séance.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, charbonnier, obligé, dans l'exercice de sa profession, de porter de lourds fardeaux sur son dos et ses épaules. Au moment de son entrée à l'hôpital, cet homme racontait que six mois auparavant il était tombé sur le moignon de l'épaule. Deux mois et demi ou trois mois après cette chute, il lui était survenu une tumeur au niveau de l'omoplate, tumeur qui n'avait cessé de grossir et qui avait entraîné une difficulté de plus en plus grande dans les mouvements du bras.

On voyait à la partie inférieure de l'omoplate une tumeur de la grosseur du poing, fluctuante, occupant toute l'étendue de la fosse sous-épineuse, adhérente à l'omoplate et faisant corps avec la face postérieure de l'os. Il n'existait aucun point douloureux et rien du côté de l'épaule. Le muscle sous-épineux était atrophié, ainsi que le sus-épineux et une partie du deltoïde.

Une ponction exploratrice donna issue à un liquide jaune citrin, filant, ayant toutes les apparences d'un liquide kystique.

M. Terrillon fendit la tumeur avec le thermo-cautère, et trouva que les parois en étaient très épaisses et contenaient, outre le liquide séreux, une certaine quantité d'une matière caséeuse.

Après avoir vidé et complètement nettoyé la poche, il constata qu'elle était formée par une membrane fibreuse très épaisse, à cavité anfractueuse.

Le grattage de la paroi, suivi de la cautérisation et de l'excision partielle, amena en cinq semaines la guérison complète.

S'agissait-il là d'un abcès osseux? Évidemment non, car il y avait une paroi épaisse et pas de lésion apparente de l'os. Faut-il voir, dans ce cas, une périostite externe? Il semble à M. Terrillon que c'est là un fait d'interprétation obscure, à moins d'admettre qu'il s'agit d'un abcès froid.

M. DESPRÈS, menant de front la discussion sur la grenouillette et le kyste dermoïde, ainsi que celle sur la transformation des abcès froids, dit, en ce qui concerne la première, que le diagnostic entre la grenouillette et le kyste dermoïde est facile, car ce dernier contient toujours de la matière sébacée; le diagnostic n'est donc qu'une question d'examen microscopique. Quant aux abcès froids, les faits semblables à celui de M. Le Dentu ne sont pas rares. Il est assez fréquent d'observer des abcès froids qui se rattachent à une petite lésion osseuse par un très court trajet, lequel venant à s'oblitérer, il y a alors séparation complète entre l'os et

l'abcès, puis transformation de celui-ci en kyste et, finalement, disparition spontanée de ce dernier.

M. Verneuil ne pense pas qu'il y ait identité entre le fait de M. Terrillon et celui de M. Le Dentu. Il est regrettable que la matière caséeuse extraite du kyste du malade de M. Terrillon n'ait pas été examinée au microscope, d'autant plus que la région scapulaire est précisément le lieu d'élection de certaines tumeurs gommeuses.

Chez un malade dont la tumeur datait de quinze mois, et ressemblait à de l'ostéosarcome, M. Verneuil pratiqua une ponction exploratrice avec l'aspirateur Dieulafoy, qui retira un liquide semblable à de la synovie jaune très épaisse, contenant des flocons albumineux et quelques leucocytes; une nouvelle ponction donna issue à un liquide de même nature ne contenant aucun élément fibro-plastique ou cancéreux. Un traitement interne par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium amena la disparition complète de la tumeur au bout de deux mois.

Des faits de même genre ont été relatés dans des recueils étrangers. Le cas de M. Terrillon paraît à M. Verneuil appartenir à cette catégorie.

Quant à l'observation de M. Nicaise relative à cette grenouillette qui portait comme appendice un prolongement canaliculé allant de la face inférieure de la langue à la symphyse du maxillaire inférieur, M. Verneuil est d'autant plus disposé à l'admettre que l'existence d'un canal de ce genre, à paroi interne tapissée d'épithélium cylindrique et même vibratile, a été constatée comme disposition anatomique normale.

M. Terrillon ne saurait partager l'opinion de M. Verneuil relativement au diagnostic de la tumeur de son malade. Suivant lui, quoi qu'en dise M. Verneuil, il ne s'agissait pas d'une gomme, car les gommes ont une tendance manifeste à ulcérer les parties voisines; elle ne s'enkystait pas, tandis que, chez son malade, la tumeur était bien réellement enkystée.

M. Léon Le Fort a vu une tumeur contenant un liquide transparent jaunâtre, se résorber complétement et disparaître au bout d'un an sous l'influence des injections de teinture d'iode. Il a vu également la teinture d'iode en larges applications souvent répétées, aidées de la compression, opérer la métamorphose du liquide des abcès froids en liquide séreux.

M. Le Dentu dit que, chez son malade, la poche était transformée depuis des années ; le liquide séreux qu'elle contenait offrait le dernier degré d'une évolution dans laquelle on le voit, à un moment donné, tenir le milieu entre la sérosité pure et le pus. M. Le Dentu croit à la transformation dont vient de parler M. Léon Le Fort, des abcès froids du tissu cellulaire et des ganglions. Il a vu guérir plusieurs enfants atteints d'abcès de ce genre par des applications de teinture d'iode.

— M. Polaillon fait un rapport sur une observation de M. le docteur Combalat (de Marseille), qui a trait à la discussion actuelle, puisqu'il s'agit d'une observation de kyste dermoïde du plancher de la bouche.

Le sujet de cette observation est un homme de 45 ans, qui portait depuis quarante-quatre ans une tumeur située sous la langue. Cette tumeur ayant, dans les derniers temps, augmenté beaucoup de volume, le malade vint consulter M. Combalat qui, au premier abord, crut à une grenouillette. Mais une ponction exploratrice lui montra, par la qualité du liquide qui était blanchâtre et contenait de la matière sébacée, qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde. La tumeur était grosse comme une orange mandarine et gênait considérablement la mastication. M. Combalat en pratiqua l'extirpation. Une incision fit sortir d'abord 80 grammes environ de ce liquide blanchâtre mélangé à de la matière sébacée, puis la poche fut énucléée très facilement avec les doigts.

L'examen au microscope permit de constater que la poche avait une texture cutanée et qu'elle était tapissée à l'intérieur de cellules épithéliales dont quelques-unes munies de poils. Le malade a promptement guéri sans accidents.

*(La fin au prochain numéro.)*

---

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE LONDRES

Séance du 12 avril 1881.

*Néphrectomie par section lombaire*, par Arthur E. Barker.

Ce mémoire a pour base l'observation de deux cas dans lesquels l'auteur a récemment pratiqué la néphrectomie par section lombaire pour une pyélite calculeuse. Il a donné en même temps une revue sommaire de la question de l'ablation du rein pour mettre mieux en lumière les deux cas qu'il a pu réunir. Se reportant à un travail publié dans les *Transactions* de la Société de

cette dernière année et où sont consignés 28 cas de cette opération, il rappelle que sur ce nombre 14 opérés ont guéri et 14 sont morts; mais si de ces cas on retranche ceux pour lesquels l'opération a été faite par suite d'une erreur de diagnostic ou sans indication, il reste 13 guérisons et 9 morts. Passant à la nouvelle série de 26 cas qu'il a rassemblés, l'auteur montre que 12 ont guéri et 14 sont morts; ou encore, en faisant la même réduction que plus haut (de 5 cas), il montre que sur les 21 restant, la guérison eut lieu 11 fois et la mort 10 fois. Si à ces 21 cas on ajoute les 22 présentés dans la dernière année, on trouve que sur les 43 cas cités, il y a eu 24 guérisons et 19 morts. On peut ajouter deux guérisons où la néphrectomie n'avait pas été préméditée.

Les causes de la mort dans les 28 cas fatals des deux relevés combinés sont les suivantes : péritonite, 8; choc et collapsus, 5; pyémie, 2; urémie, 2 (dans l'un de ces derniers cas, l'autre rein avait été détruit par une ancienne maladie; dans l'autre, le rein et le foie étaient dans un état avancé de dégénérescence graisseuse); blessure de la plèvre avec collapsus consécutif du poumon, 1; thromboses pulmonaires, 1; hémorrhagie pendant l'opération, 1; hémorrhagie après l'opération, 2; vomissements incoercibles, 1; œdème des poumons avec dyspnée prononcée, 1; épuisement par suppuration, 1; cause non indiquée, 3.

Des 9 cas mortels, parmi les 28, où la néphrectomie n'avait pas été préméditée, 4 sont dus à la péritonite, 1 à l'hémorrhagie dans le cours de l'opération et 1 à l'hémorrhagie après l'opération; 1 à la suppuration et à l'épuisement; 1 à l'œdème pulmonaire avec dyspnée prononcée, et 1 dont la cause n'a pas été signalée.

Quant aux procédés opératoires, par la région lombaire et par la ligne blanche, le premier a donné la proportion la plus grande de guérisons; mais l'auteur regarde l'analyse purement numérique des cas comme capable d'induire en erreur à ce propos, en raison de la nature variable des conditions dans lesquelles l'opération a été entreprise.

Voici l'histoire des opérés de M. Barker. Un homme marié, âgé de 32 ans, fut admis à l'*University College Hospital* le 16 juin 1880, pour une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen, à développement rapide, constatée depuis sept semaines et accompagnée de douleur et d'une grande lassitude. A son entrée, la tumeur mesurait quatorze pouces sur quatre et demi; elle était lisse et obscurément fluctuante. Le diagnostic fut : pyonéphrose due probablement à un calcul.

Le 2 juillet, on fit une ponction par la partie postérieure et on retira dix-huit onces de pus fétide. Le jour suivant, la tumeur s'était de nouveau remplie.

La néphrectomie fut faite le 5 juillet à travers une incision de quatre pouces environ, pratiquée en bas et en avant à partir du milieu de la ligne joignant la dernière côte à la crête iliaque. La capsule du rein, énormément épaissie, fut bientôt découverte et on essaya de l'enlever avec le rein qu'elle contenait. Après une perte considérable de temps et de sang due au tissu enflammé et vasculaire, on abandonna cette tentative à cause d'adhérences trop étendues de cette masse fibreuse. On s'occupa seulement du rein, qui fut aisément énucléé hors de sa capsule avec le doigt, sans perte de sang. Le pédicule fut lié à l'aide d'un fil de soie avec quelque difficulté et l'organe fut sectionné et enlevé; quelques rameaux artériels qui donnaient encore durent être liés séparément. L'opération tout entière fut faite selon la méthode antiseptique de Lister et demanda une heure dix minutes. Le malade mourut du choc trois heures après.

La nécropsie montra qu'il aurait été presque impossible d'enlever l'enveloppe capsulaire avec l'organe; elle se présentait comme une énorme masse de tissu fibreux creusée d'une cavité et adhérente au rachis. L'énucléation de l'organe aurait dû être tentée seule dès le commencement. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie après l'opération et le péritoine n'avait pas été lésé.

Le second cas est celui d'une femme âgée de 38 ans, à laquelle on avait proposé, sept mois auparavant, pour une pyonéphrose calculeuse, une opération qu'elle s'était refusée à subir. Le rein n'était pas cette fois beaucoup augmenté de volume, quoiqu'on y eût reconnu la présence d'une grosse pierre, au moyen d'une aiguille aspiratrice. Six mois plus tard, la malade pria l'auteur de l'admettre à nouveau dans son hôpital et de faire l'opération qu'il jugerait nécessaire; elle avait beaucoup souffert dans cet intervalle et elle avait perdu des forces. Au moment de sa réadmission, elle était très émaciée et la douleur l'obligeait à garder le lit. Le plus léger mouvement, même dans le lit, causait beaucoup de douleur.

Le 5 octobre, une incision fut faite en bas et en avant, à partir du milieu de la douzième côte, sur une longueur de 5 pouces (12 centimètres 1/2), et le rein rapidement découvert. On plongea alors dans l'organe l'aiguille d'un aspirateur qui frappa la pierre et permit de retirer deux onces de pus. Une incision verticale fut ensuite pratiquée avec le couteau-cautère de Paquelin en du calcul, à travers la substance corticale de l'organe. La pierre fut alors solidement saisie avec une pince, mais pendant qu'on la retirait, elle se brisa et une moitié seulement fut extraite.

Craignant de grandes difficultés pour l'extraction de la moitié restante, l'excision de l'organe, dans sa totalité, fut résolue.

Averti par le cas précédent, M. Barker prit la surface du rein lui-même comme guide pour l'énucléation, qui fut par suite facile. Les difficultés pour dégager le pédicule furent insurmontables, et après bien des tentatives pour y arriver, on le lia en masse, la ligature comprenant beaucoup de tissu de rein. Cependant il n'était pas possible de serrer assez l'anse du fil pour permettre de sectionner et d'enlever l'organe, c'est pourquoi on le laissa *in situ*. En dégageant l'extrémité inférieure du rein, on sentit quelque chose d'adhérent et dans lequel on pouvait introduire le doigt. On supposa que c'était le côlon qui avait été intéressé. Un pansement de Lister termina l'opération qui avait duré une heure vingt minutes. La malade mourut du choc douze heures plus tard.

A l'autopsie, on voit que le pédicule n'aurait pas pu être dégagé, quand même on eut fait la résection de la dernière côte; que tous les efforts pour enlever l'organe avec son enveloppe auraient été sans succès, par suite de l'étendue de ses adhérences. Le côlon adhérait au rein et il était perforé sur ce point, où il était mou et gangrené.

Les enseignements fournis par ces opérations paraissent être : 1° la nécessité d'enlever le rein et le rein seul, dans de pareils cas, sans essayer d'enlever en même temps les tissus environnants; 2° l'utilité d'opérer de bonne heure, avant que les parties qui entourent l'organe et principalement le pédicule, aient été converties en une masse de tissu inflammatoire dense; 3° suivant le temps qui s'est écoulé, on peut être porté à recourir à l'opération ou bien à s'en abstenir.

M. Clément Lucas a fait la néphrectomie, il y a quatorze mois, sur un homme qui souffrait depuis six ans d'un abcès dans les reins; il a éprouvé beaucoup de difficultés par suite des adhérences. Quinze jours après l'opération, il y a eu une hémorrhagie secondaire grave, qui fut cependant arrêtée par le tamponnement avec le perchlorure de fer. Six mois après, il a revu cet homme, qui avait augmenté de poids et pouvait travailler. Le pus ne cessa de paraître dans l'urine que plusieurs semaines après l'ablation du rein; il doit souvent venir de la vessie et de l'urèthre. Il croit que l'incision lombaire doit être généralement préférée, et que l'incision verticale doit être réservée pour les cas où la tumeur est volumineuse. Il aimerait mieux une incision le long du bord inférieur de la dernière côte et une autre verticale allant de cette dernière jusqu'au bord inférieur du carré des lombes. Dans une opération où a assisté M. Morrant Baker, il a été nécessaire d'élargir l'incision verticalement, à cause du volume de la tumeur; et dans ce cas il n'a pas été possible d'enlever la capsule avec le rein.

M. Morrant Baker est d'avis aussi qu'il vaut mieux enlever le rein sans sa capsule. Dans un cas qu'il eut à traiter il y a plusieurs années, il fit d'abord la néphrotomie, puis la néphrectomie, et il aurait été très difficile d'enlever les tissus environnants. L'ablation fut faite sans grand ravage et sans hémorrhagie; elle ne parut pas causer beaucoup de mal. Dans ce cas le malade eut une syncope, due peut-être au chloroforme donné pendant l'opération. Mais il se remit le jour suivant, et quelques semaines après il allait bien.

M. Barwell a traité une jeune fille qu'il a conservée longtemps à l'hôpital, avec du pus dans l'urine et une volumineuse tumeur rénale. Il évacua une grande quantité de pus par une large incision, et le rein qui était remarquablement mobile fut enlevé facilemenf ensuite. Il émet l'idée qu'une large incision avec exploration à l'aide du doigt est préférable à l'usage de l'aspirateur. Dans un cas d'abcès périnéphrétique traité par le docteur Silver, il a fait une large incision et donné jour à 35 onces d'un pus louable ayant une légère odeur fécaloïde. Le rein paraissait sain; mais, à la mort du malade, quelques jours après, on trouva que les deux reins étaient tuberculeux.

M. Barker est d'accord avec M. Barwell sur les troubles ordinaires qui suivent l'opération. Il regarde comme digne d'attention son idée d'une large incision pour aider au diagnostic. Dans un ou deux cas, il a été démontré que la rétention de la ligature, quand le pédicule était lié en masee, avait grandement retardé la guérison.

## FORMULAIRE

### Traitement du delirium tremens. — Luton.

Le remède préconisé par le docteur Luton contre le delirium tremens est la noix vomique, ou ses préparations, ou le sulfate de strychnine. Il insiste pour qu'on administre des doses élevées. — S'il prescrit le sulfate de strychnine sous forme d'injections hypodermiques, il en injecte un demi-centigramme à la fois, et renouvelle l'injection deux fois et même trois fois

dans la journée. — S'il donne les sels de strychnine à l'intérieur, il fait prendre jusqu'à trois centigrammes de sulfate de strychnine en plusieurs fois dans la journée, ou bien quinze ou vingt centigrammes d'extrait de noix vomique, ou enfin de quatre à huit grammes de la teinture alcoolique de cette même substance. Le docteur Luton émet l'avis que des doses insuffisantes ne produisent que des résultats douteux, et que celles qu'il recommande arrivent à peine à la limite des contractions tétaniques les plus superficielles. — N. G.

### Solution pour le dosage du sucre. — Schreiter.

| | | |
|---|---|---|
| Salicylate de soude | 1 | gramme. |
| Sulfate de cuivre | 1 | — |
| Soude caustique | 5 | — |
| Eau distillée | 20 | — |

Faites dissoudre et filtrez. On obtient ainsi un liquide bleu clair, qui passe au brun rouge par l'ébullition en présence du sucre, et qui peut servir aux mêmes usages que la liqueur de Fehling. Cette liqueur se conserve bien. — N. G.

## COURRIER

Légion d'honneur. — Par décrets du Président de la République, rendus sur la proposition du ministre de la guerre et du grand chancelier de la Légion d'honneur, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur :* M. Coulier, pharmacien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées à Paris. Officier du 2 mars 1872 ; 36 ans de services, 3 campagnes;.

*Au grade de chevalier :* M. le docteur Drouineau, chirurgien en chef des hospices civils de de la Rochelle; 47 ans de services publics. — M. le docteur Gillet, médecin en chef de l'hospice de Melun.

Laine et lait. — M. Tayon a adressé à l'Académie le résultat des recherches qu'il a faites sur les brebis laitières à l'école d'agriculture de Montpellier. Ces recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Il y a chez la brebis une corrélation inverse entre la production de la laine et celle du lait. Les meilleures brebis laitières, qui ont jusqu'à six trayons, sont les plus pauvres en laine ; elles n'en ont que sur une partie dorsale du corps, le reste en est dépourvu et n'est couvert que d'un poil court.

2° Les brebis laitières portent sur la peau des mamelles et de leur entourage des poils dirigés de bas en haut, analogues à ceux qui constituent l'écusson Guenon chez les vaches laitières, et qui sont en rapport exact avec les glandes lactifères. (*Les Mondes.*)

Son et farine séparés électriquement. — Dans les moulins de M. Kingstand Smith, à Brooklyn, près New-York, on utilise depuis quelque temps l'électricité statique, à la séparation de la farine et du son.

L'appareil qui sert à obtenir ce résultat se compose essentiellement de rouleaux en gutta-percha électrisés par leur frottement contre une brosse de soie, laine ou toute autre matière convenable; les farines passent au-dessous, sur une toile sans fin, et sont lancées contre le rouleau par des chocs légers ; le son et les issues, moins denses, s'attachent au rouleau sur lequel une brosse les recueille ; les farines plus lourdes passent et vont tomber, suivant leur grosseur, par des orifices successifs. On assure que ce système, installé en grand, a donné de bons résultats sans entraîner aucun des inconvénients des anciens procédés.

Microphone-avertisseur du grisou. — M. de Rossi vient de faire avec le microphone des expériences qui ont conduit à cette conclusion, que les explosions de feu grisou sont précédées de légères ondulations microseismiques et de bruits souterrains trop faibles pour être perçus par tout autre appareil que le microphone qui les enregistre avec une sensibilité remarquable. M. de Rossi pense que des observatoires devraient être établis dans le voisinage des houillères, et que le microseismographe et le microphone devraient être employés pour faire reconnaître l'amas de gaz inflammable à l'intérieur de la terre, de sorte que par ce moyen, combiné avec les indications barométriques, on serait averti de l'approche du danger, et l'on pourrait prendre des précautions en conséquence. (*Les Mondes.*)

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# BULLETIN

La séance a été complètement remplie par la lecture du rapport de M. Hervieux sur le service de la vaccine pendant l'année 1880, et par une courte discussion à laquelle ce rapport a donné lieu.

Nous n'avons pas à refaire l'éloge des rapports annuels de M. Hervieux. Tout le monde sait avec quel soin consciencieux l'honorable suppléant de M. Blot, directeur de la vaccine à l'Académie, s'acquitte, chaque année, de sa tâche laborieuse. On peut dire que la forme même adoptée par l'orateur, qui continue à s'inspirer des plus pures traditions du genre académique au milieu du mouvement révolutionnaire qui emporte aujourd'hui les Académies elles-mêmes vers le genre naturaliste, on peut dire que cette forme légèrement teintée d'archaïsme, et qui ne va pas sans une certaine pompe de langage et un certain apprêt de style, révèle la haute importance que M. Hervieux attache si justement au travail difficile qui lui est confié.

Cette année, il s'est étudié presque uniquement à faire en quelque sorte le parallèle entre la vaccine animale et la vaccine humaine, et ce parallèle a été tracé de telle manière que M. Jules Guérin a pu, non sans quelque apparence de vérité, appeler le rapport de M. Hervieux un « plaidoyer » en faveur de la vaccine animale. M. Hervieux a eu beau se défendre, dans une réponse d'ailleurs très modérée et très courtoise, d'avoir voulu faire pencher la balance en faveur de la vaccine animale ; il a eu beau montrer, en relisant ses conclusions, qu'il s'était étudié à maintenir exactement l'équilibre entre les plateaux des deux vaccines, il était évident pour tous que les prémisses, sinon les conclusions, justifiaient jusqu'à un certain point les critiques de M. Jules Guérin.

Mais où ce dernier a paru aller trop loin, c'est lorsque, retournant complètement les termes de la question et opérant une charge à fond contre la vaccine animale, il a cru devoir porter sur elle une condamnation absolue, faisant sienne, en quelque sorte, par l'insistance qu'il a mise à la reproduire, l'assertion un peu hardie de quelques médecins qui ont prétendu que, si les cas de variole ont augmenté dans ces dernières années, il fallait en accuser l'extension et la généralisation de la vaccination animale. Il faudrait, ce semble, pour appuyer cette accusation sur une base un peu solide, pouvoir rechercher d'abord dans quelle proportion et au bout de combien de temps, se manifestent les cas de variole chez les individus inoculés par le vaccin jennérien et chez les individus inoculés par le vaccin animal. Ce serait le meilleur moyen de déterminer d'une manière un peu exacte la différence, si différence il y a, dans la vertu préservatrice des deux vaccins. Jusqu'à ce que ce travail difficile et délicat soit accompli, les éléments exacts et précis d'appréciation feront défaut.

Un détail historique, d'ailleurs secondaire, relatif à la discussion qui eut lieu, il y a dix ans, à l'Académie, sur la vaccine, a mis aux prises MM. Depaul et Jules Guérin et a donné lieu, entre les deux adversaires, à quelques passes vives et brillantes qui ont intéressé quelques instants l'Académie. Après quoi elle s'est réunie en comité secret. — A. T.

# ANOMALIE

## SUR L'ABSENCE CONGÉNITALE D'UNE PORTION DU DIAPHRAGME ;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 mars 1881,

Par le docteur POLAILLON,

Membre de l'Académie de médecine, chirurgien de la Pitié.

Parmi les vices de conformation intérieurs qui peuvent entraîner rapidement la

mort des nouveau-nés, il en est un, rare à la vérité, sur lequel je désire appeler l'attention : c'est l'absence d'une grande étendue du diaphragme.

Cette cause de mort est d'autant plus difficile à découvrir que, d'après la remarque d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire, les enfants qui l'apportent en naissant ne présentent habituellement aucun autre vice de conformation apparent.

Les malformations du diaphragme offrent plusieurs degrés : tantôt ce n'est qu'une petite ouverture ronde ou ovale, située dans la partie musculeuse, plus rarement dans la partie tendineuse; tantôt cette ouverture est très large et peut comprendre toute une moitié du diaphragme. Dans certains cas, l'ouverture est fermée par le péritoine et la plèvre, qui sont accolés; les intestins pressent sur ces membranes et s'en forment un sac. Dans d'autres cas, la plèvre et le péritoine manquent, et les viscères abdominaux font irruption sans obstacle dans la cavité thoracique.

Les perforations peu étendues sont compatibles avec la vie, bien qu'elles prédisposent les sujets aux accidents des hernies diaphragmatiques. Il n'en est pas de même pour les larges perforations qui laissent passer dans la poitrine l'estomac, la rate, une grande partie du foie et des intestins. Dans ces cas, les fonctions des poumons et du cœur sont tellement gênées que la mort arrive plus ou moins rapidement après la naissance. Si, par exception, la respiration parvient à s'établir, les enfants sont en proie à une dyspnée continuelle et n'arrivent qu'à un âge fort peu avancé.

D'après les tableaux statistiques que l'on trouve dans l'excellent mémoire de M. Duguet (*De la hernie diaphragmatique congénitale;* Paris, 1866), l'ouverture congénitale du diaphragme est plus fréquente à gauche qu'à droite. On en compte 21 cas à gauche et 14 cas à droite. Nous allons ajouter à cette statistique deux faits dans lesquels le vice de conformation siégeait à gauche.

La vie des enfants semble moins rapidement compromise avec une ouverture à droite qu'avec la même malformation à gauche. Les premiers vivent quelques heures, quelques jours, et on a vu leur existence se prolonger jusqu'à 4 mois, jusqu'à 3 ans, et même jusqu'à 5 ans 1/2. Les seconds, c'est-à-dire ceux dont le diaphragme fait défaut à gauche, ne vivent que quelques minutes ou quelques heures, rarement quelques jours, exceptionnellement un petit nombre de mois. Cette différence dans la gravité d'une même affection, selon qu'elle siège à droite ou à gauche, dépend, dans notre opinion, du déplacement du cœur, déplacement qui est une conséquence presque nécessaire de l'irruption des viscères abdominaux dans la plèvre gauche. Ce déplacement produit, en effet, dans la circulation une gêne qui, en s'ajoutant au trouble de la respiration, hâte incontestablement la mort de l'enfant.

Avant de réunir les principaux symptômes de l'anomalie qui nous occupe, citons les deux observations suivantes, l'une est due à Carruthers, l'autre a été recueillie par nous-même.

I. *Observation* de S. Carruthers (*The Lancet*, vol. II, p. 503, 1879, et *Revue* d'Hayem, t. XV, p. 278). — Il s'agit d'un enfant, né le 18 juillet 1878, qui cria énergiquement après sa naissance. Mais bientôt il commença à se plaindre. Sa respiration devint difficile, à type abdominale (?); il continua ainsi jusqu'à sa mort. Le 29 juillet, il fit deux ou trois efforts pour teter, puis rejeta tout à coup le lait par la bouche et le nez, et mourut dans les bras de sa mère.

*Autopsie* : Rien d'anormal du côté de l'encéphale. Le poumon gauche est refoulé en haut et en arrière; son lobe supérieur est induré. Le cœur, dévié à droite, est rempli de sang noir. Le poumon droit, caché sous la clavicule, présente un certain nombre de points qui n'ont pas respiré. D'une façon générale, la base des poumons répond à la partie moyenne du sternum. Toute la moitié inférieure de la cavité thoracique est remplie par la totalité de l'intestin grêle et 14 centimètres du côlon. Le diaphragme fait entièrement défaut dans la partie postérieure de la moitié gauche. Les viscères herniés sont enveloppés par une membrane mince et transparente qui leur forme une sorte de sac; ils ne présentent d'ailleurs aucune trace d'inflammation ou d'étranglement.

II. *Observation personnelle* (1). — Mme X... a déjà eu sept grossesses qui n'ont rien présenté d'anormal. Les accouchements avaient été faciles, et les enfants mis au monde étaient bien portants et bien conformés.

Vers la fin de l'année dernière, Mme X... arriva au terme d'une huitième grossesse qui s'était caractérisée par des malaises fréquents, de l'amaigrissement, un grand affaiblissement des forces et des pressentiments fâcheux sur l'issue de l'accouchement et la bonne conformation de l'enfant à venir.

Le travail se déclara, et la dilatation du col se fit très rapidement. L'enfant se présentait en O. I. G. A. La tête descendit dans l'excavation. Puis les douleurs se ralentirent et cessèrent même complètement. La rupture artificielle de la poche des eaux ne fit pas cesser cette inertie utérine.

Au bout de trois heures d'attente, la tête n'ayant aucunement progressé, je me décidai à terminer l'accouchement pour soustraire les organes maternels à une compression trop longtemps prolongée. L'enfant était d'ailleurs en parfaite santé; j'avais ausculté son cœur à maintes reprises, et j'avais toujours constaté des battements réguliers, forts, au nombre de 125 à 130, ce qui m'avait fait présumer qu'il naîtrait un garçon. L'application du forceps fut facile, et quelques tractions légères mirent au monde un enfant mâle qui poussa des cris, donnant ainsi un signe non douteux de sa vitalité. Le cordon fut coupé et lié; l'enfant fut ensuite emporté par la garde-malade pour lui donner les premiers soins.

Deux minutes s'étaient à peine écoulées que la garde-malade m'appela auprès de l'enfant, qui avait cessé de respirer, qui n'exécutait plus de mouvements, et dont la peau prenait une coloration d'un bleu foncé.

Je me mis immédiatement en devoir de pratiquer l'insufflation artificielle, fort intrigué par cette asphyxie qui survenait brusquement chez un nouveau-né qui avait crié en naissant et qui paraissait plein de vie. Je recherchai en même temps, avec une grande attention, s'il existait des battements dans la région précordiale; je n'en découvris pas.

L'insufflation méthodique amena quelques inspirations spontanées et la peau prit une teinte moins violacée. Mais les battements du cœur semblaient faire complètement défaut. Après un minutieux examen de la poitrine, je parvins à constater, par la vue et par le toucher, qu'il existait un soulèvement rhythmique d'un point de la paroi thoracique en dehors du mamelon droit, au-dessous de l'aisselle droite. Je déclarai alors à la famille que le cœur était situé à droite, et que l'enfant avait un vice de conformation qui l'empêcherait probablement de vivre.

Cependant j'étais encouragé à continuer l'insufflation artificielle par les efforts d'inspirations que l'enfant faisait de temps en temps, par les mouvements de dilatation de ses narines et par la persistance des battements de son cœur.

Frictions avec des linges chauds, frictions avec du vinaigre et de l'eau-de-vie, instillations de quelques gouttes d'eau-de-vie dans l'arrière-gorge, pressions méthodiques sur la base de la poitrine comme pour simuler les mouvements respiratoires, tels furent les moyens adjuvants qui furent employés avec l'insufflation.

Au bout de trois heures d'insufflation continue et méthodique, les battements cardiaques cessèrent; bientôt après, les mouvements spontanés d'inspiration ne se produisirent plus, la peau de la face et du tronc devint pâle; l'enfant avait succombé.

J'avais remarqué que l'introduction du tube à insuffler était difficile et que l'orifice du larynx était plus bas qu'à l'état normal.

Depuis sa naissance jusqu'à sa mort, l'enfant avait rendu une grande quantité de méconium. Il avait aussi rendu quelques gouttes d'urine.

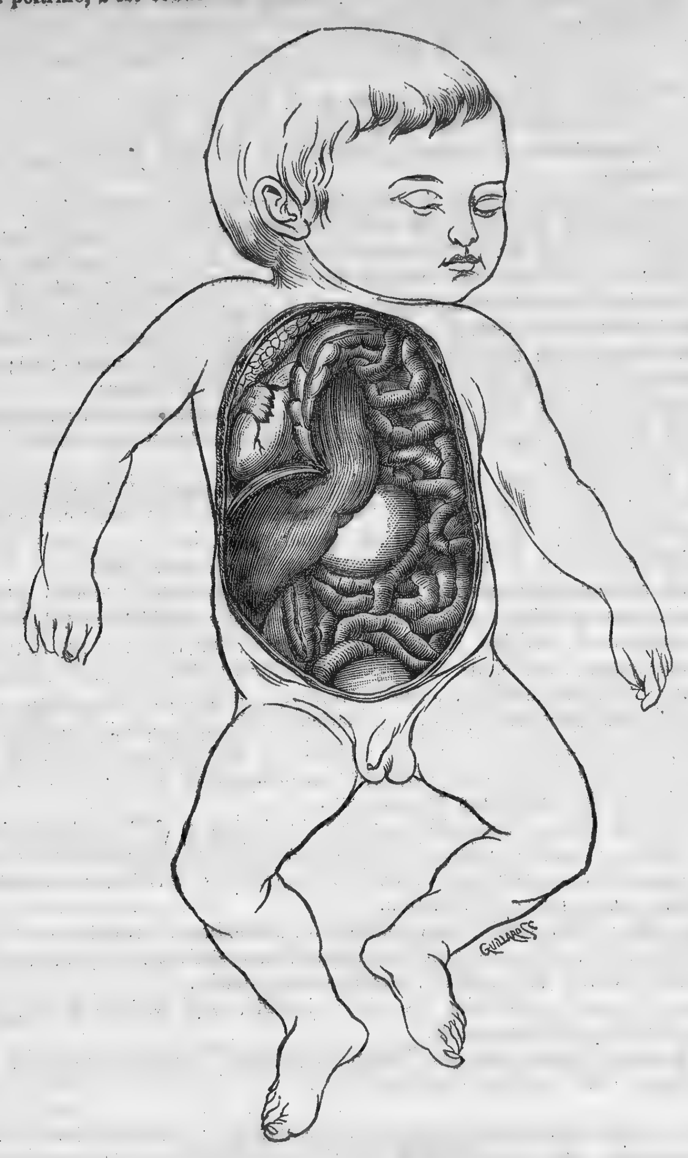
*Autopsie.* — Le père voulut bien me permettre de constater par l'ouverture de la poitrine le vice de conformation que j'avais annoncé. Mais, dans les conditions où je me trouvais, l'autopsie ne fut pas aussi complète que je l'aurais désiré.

L'enfant, du sexe masculin, ne présentait aucun vice de conformation extérieur. Il avait un volume et un poids certainement au-dessus de la moyenne des nouveau-nés. Les cuillers du forceps avaient saisi la tête exactement selon le diamètre bi-pariétal, et n'avaient laissé aucune trace sur les téguments.

Après avoir ouvert la poitrine et l'abdomen, comme le montre la figure ci-jointe, je constate immédiatement qu'une grande quantité d'anses de l'intestin grêle, une portion du gros intestin et la moitié du foie occupent la cavité pleurale gauche. La moitié latérale gauche du diaphragme est absente et la cavité du péritoine communique avec celle de la plèvre par une large ouverture. Cette ouverture est limitée en avant, en dehors et en arrière par l'extrémité

(1) Observation communiquée verbalement, le 29 novembre 1880, à la Société médicale du VIe arrondissement.

inférieure du sternum, par les cartilages costaux et par les dernières côtes; en dedans, par le bord, en forme de croissant, de la moitié droite du diaphragme. La portion du foie, qui est logée dans la poitrine, s'est coudée contre ce rebord.




Le poumon gauche est atrophié et imperméable à l'air.

Le poumon droit peut être insufflé. Il présente à peu près son volume normal. Mais, pendant la vie, son expansion était notablement gênée par la présence du cœur dans la moitié droite de la poitrine.

La trachée, un peu déviée à droite, présente son calibre normal. Elle se bifurque comme à l'ordinaire, mais tandis que la bronche droite est normale, la bronche gauche, qui correspond au poumon imperméable, ne présente que le tiers ou le quart de son calibre habituel.

L'œsophage descend d'abord sur la ligne médiane; puis, arrivé près du diaphragme, il se déjette à droite et pénètre dans l'abdomen sans traverser une ouverture diaphragmatique. L'estomac est contenu tout entier dans l'abdomen.

Le cœur est parfaitement normal. Il est seulement repoussé à droite, sa pointe venant toucher la paroi latérale droite de la poitrine. Il est entouré d'un péricarde complet, dont la base adhère à une membrane, qui n'est autre chose que le centre phrénique du diaphragme. Les vaisseaux qui naissent du cœur ont leur disposition habituelle.

Le diaphragme est formé par une partie centrale, membraneuse, qui est le centre phrénique. La veine cave inférieure traverse celui-ci sur la circonférence droite du centre phrénique où naissent des fibres musculaires qui vont s'insérer à la face interne des côtes droites, comme à l'état ordinaire. Mais sur la circonférence gauche du centre phrénique, il ne naît pas de fibres musculaires. Le diaphragme se termine en ce point par un repli falciforme dont la concavité regarde à gauche. Je n'ai pu constater comment se comportaient les piliers du diaphragme, ni suivre les nerfs phréniques.

Le thymus occupait sa position habituelle.

Il est important de remarquer que ce vice de conformation ne s'est révélé pendant la vie intra-utérine par aucun signe. L'auscultation, pratiquée à diverses époques de la grossesse, nous a toujours fait entendre des bruits cardiaques réguliers et forts comme chez un fœtus bien portant. L'absence d'une grande partie du diaphragme n'entrave donc en rien les fonctions et le développement du fœtus. Mais il n'en est plus de même après la naissance, lorsque la respiration doit s'établir et servir à l'entretien de la vie. Deux cas peuvent se présenter : 1° les poumons sont comprimés et tout à fait imperméables à l'air, le nouveau-né succombe alors en naissant; 2° les poumons sont perméables en partie de manière à permettre dans une certaine mesure l'hématose du sang, l'enfant pourra vivre quelque temps, mais il n'aura qu'une existence précaire et peu durable.

L'embarras du praticien est toujours très grand quand il se trouve en présence d'une semblable malformation. Si l'enfant succombe en naissant, sans avoir pu respirer, on le rangera dans la grande catégorie des morts-nés, on ne recherchera pas, le plus souvent, quelle a été la cause de la mort, et personne n'accusera le médecin d'ignorance ou d'impéritie, car on sait que nombre d'enfants naissent morts. Mais si le nouveau-né a respiré et crié, si, peu après, sa respiration devient difficile et s'il succombe à l'asphyxie, les assistants pourront penser que le médecin a laissé mourir l'enfant faute de soins éclairés. Il importe donc de connaître les signes qui peuvent faire soupçonner l'absence partielle du diaphragme. Ces signes sont malheureusement fort incertains. Pourtant voici ceux qui serviront de guide.

La peau a une teinte cyanosée. La respiration s'accomplit d'après le type thoracique et non d'après le type abdominal. L'enfant fait de grands efforts d'inspiration; les ailes du nez se dilatent; les lèvres s'entr'ouvrent et se portent en avant comme pour humer l'air; les muscles inspirateurs du cou et de la poitrine se contractent avec énergie. Lorsqu'on comprime la base du thorax, on produit des borborygmes qui se passent non seulement dans la cavité de l'abdomen, mais aussi dans la cavité de la poitrine. Mais le symptôme principal, celui qui met sur la voie d'une malformation interne, c'est le déplacement du cœur. Le cœur est vraisemblablement toujours repoussé à droite ou à gauche, du côté opposé à celui où les viscères abdominaux ont élu domicile. Si le déplacement a lieu à droite, comme dans notre observation, la malformation n'est pas douteuse; s'il a lieu à gauche, la malformation est probable, ou tout au moins il existe quelque anomalie du médiastin ou du cœur qui explique les accidents observés.

En rapprochant le déplacement des battements cardiaques des borborygmes intra-thoraciques, de la dyspnée, du mode particulier de l'inspiration, de la cyanose, on a un ensemble de symptômes qui permettra de reconnaître la malformation du diaphragme, d'établir la gravité du pronostic et de sauvegarder la responsabilité qui incombe à l'homme de l'art.

Si l'enfant peut vivre pendant quelques semaines, quelques mois ou même quelques années, l'auscultation sera d'un précieux secours pour le diagnostic. Elle fera reconnaître une absence complète du murmure vésiculaire dans un des côtés de la poitrine, et, à sa place, des borborygmes qui s'entendront surtout pendant les inspirations les plus profondes. La percussion révélera ordinairement une sonorité plus grande qu'à l'état normal, quelquefois de la matité dans les points où un organe mat, comme le foie, sera venu se loger. Le petit patient aura une dyspnée continuelle, plus grande la nuit que le jour, et plus grande encore lorsqu'il se couchera sur le côté sain. Sous l'influence d'une émotion ou d'un exercice même

très léger, cette dyspnée s'exaspèrera et revêtira la forme d'un accès de suffocation.

A la place du traitement, dont la nullité est complète, nous n'avons à faire qu'une seule recommandation : c'est d'insuffler avec précaution le nouveau-né chez lequel on soupçonne une malformation du diaphragme, afin de ne pas introduire de l'air dans le tube digestif et de ne pas produire une tympanite qui augmenterait encore la compression des organes thoraciques.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*De la valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde. Acide phénique ou bains froids*, par le docteur Frantz GLÉNARD. — La *phénothérapie antipyrétique* de la fièvre typhoïde a donné lieu depuis quelque temps aux travaux de Desplats (de Lille), de Van-Oye, de Claudot. C'est en analysant ces faits et en les complétant par de nouvelles observations sur des fébricitants traités par ce moyen, que le docteur Glénard établit un parallèle entre la médication phéniquée et le traitement par les bains froids. C'est donc sur l'examen de 79 cas de fièvre typhoïde que repose l'appréciation de ce traitement. La méthode thérapeutique a consisté soit dans des lavements phéniqués seuls (Claudot), soit dans des lavements combinés avec l'emploi de l'acide phénique en potion ou bien avec des injections sous-cutanées d'acide phénique et même la pulvérisation phéniquée (Desplats et Van Oye). La dose totale du médicament administré variait de 35 grammes à 120 grammes, suivant la durée des cas (18 à 21 jours). L'effet physiologique le plus net a été l'abaissement de la température. Aussi, en dehors de l'hyperthermie, les autres indications étaient remplies par le traitement habituel.

La chute de température était de 1 à 2 degrés et se manifestait graduellement une heure ou deux après l'administration de l'acide phénique. L'étude des tracés thermiques a fait constater l'*irrégularité* des oscillations de température, l'*élévation* de la ligne moyenne thermique et l'*amplitude* des oscillations. L'abaissement de température par l'emploi de l'acide phénique constant chez les fébricitants n'aurait pas lieu chez l'homme sain d'après Claudot, Van-Oye, etc. Des frissons et des sueurs intenses pendant une heure ou une heure et demie, la chute du pouls accompagneraient l'hypothermie. Les fonctions intestinales et urinaires ne paraissaient pas nettement modifiées, quoique M. Van-Oye ait noté la polyurie et la couleur noire des urines dans plusieurs cas.

Au point de vue de l'intoxication, les effets sont très variables suivant les sujets. Aussi la difficulté de ne pas franchir la limite au delà de laquelle l'intoxication a lieu est un des obstacles à l'emploi de ce traitement. Enfin les effets thérapeutiques de cette médication ne sont utiles que pour combattre l'*hyperthermie* et en prévenir les *conséquences directes ou secondes*. Ces effets, d'après Claudot, sont nuls dans les *formes ataxiques*.

Les succès par la méthode de Brand sont plus nombreux que par l'emploi de l'acide phénique; de plus, d'après l'auteur, la phénothérapie favorise le collapsus (par faiblesse du cœur). Or, c'est là, dans la fièvre typhoïde, une cause de mort incontestablement démontrée par notre savant maître le docteur Huchard dans son *Étude critique sur la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde*. D'après l'auteur, la méthode des bains froids employée suivant la stricte observation des préceptes de Brand donnerait des résultats tels que la mortalité tomberait à 3 p. 100, comme on l'a observé dans les hôpitaux militaires du commandement de Stettin (2e corps d'armée allemand) pendant la période comprise entre les années 1877 et 1881. De plus, à l'hôpital militaire de Sidi-bel-Abbès, le docteur Longuet a traité par cette méthode 52 malades, et n'a eu qu'un seul décès, pendant que dans le même établissement la même épidémie enlevait 10 malades sur 37 qui étaient soignés par la médication ordinaire. Il est vrai que la discipline militaire est une condition favorable au succès de cette méthode parce qu'elle permet d'observer strictement les règles de Brand.

En résumé, la phénothérapie de la fièvre typhoïde aurait pour objet d'obtenir *sans bains froids l'effet des bains froids*. Dans le même but, on a employé la digitale (Wunderlich), le sulfate de quinine (Liebermeister) et, depuis Hallopeau, l'acide salicylique (Schering, Riess). L'acide phénique est un anticalorique mais non un antipyrétique dans la fièvre typhoïde, parce qu'il ne diminue pas la température dans tous les cas ni d'une manière continue; parce qu'il n'abaisse pas la ligne moyenne thermique nycthémérale. De plus il ne modifie pas les symptômes typhiques cérébraux, cardiaques ou abdominaux et peut produire des accidents d'intoxication. Pour l'auteur qui préconise les bains froids avec conviction, cette médication est donc inférieure à celle de Brand. (*Lyon méd.*, mai 1881.) — Ch. É.

*Acide phénique et bains froids*, par le docteur DESPLATS (de Lille). — Nous avons rendu compte

des critiques par lesquelles le docteur Glenard (de Lyon) opposait les résultats de la méthode des bains froids à l'emploi de l'acide phénique dans le traitement des fièvres. Le professeur de l'Institut catholique de médecine de Lille prétend, dans sa réponse, n'avoir jamais préconisé l'acide phénique qu'à titre d'un antipyrétique dont l'action est prompte et courte chaque fois qu'il est employé à des doses ne dépassant pas 2 grammes à 2 grammes 50, et par toutes les voies. Il reconnaît, de plus, la valeur de la méthode de Brand, et se défend de vouloir substituer systématiquement l'acide phénique aux bains froids. Il déclare enfin que ses recherches sont encore incomplètes et ne peuvent servir de bases à des conclusions définitives. Il n'a fait que constater un fait : l'abaissement thermique par l'emploi de l'acide phénique. Le résultat de cette discussion est le suivant pour nous autres lecteurs : l'élévation thermique est assurément un des facteurs importants dans les pyrexies. Est-il le seul? Certainement non, quel que soit le poids des affirmations de ceux qui préconisent l'acide phénique ou les bains froids, à l'exclusion des autres médications; par conséquent, ces dernières sont encore indispensables dans le traitement des fièvres et ne peuvent être remplacées complètement par les nouvelles méthodes. (*Journal des sciences méd. de Lille*, juin 1881.) — Ch. É.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet 1881. — Présidence de M. Legouest.

### CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Marjolin comme membre associé libre.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Marjolin prend place parmi ses collègues.

—

M. Peter présente, au nom de M. le docteur Thouvenet (de Limoges), une note dans laquelle l'auteur combat, d'après les résultats de son observation personnelle, l'opinion d'après laquelle la plupart des enfants trachéotomisés n'arriveraient pas à l'âge de la majorité.

M. Constantin Paul présente, au nom de M. Durand-Fardel, une brochure intitulée : *Esquisse du Congrès d'Alger.*

M. Marc Sée présente, au nom de M. Edmond Amette, une brochure intitulée : *Suppression de l'industrie nourricière.* (Renvoyé à la commission d'hygiène de l'enfance.)

—

M. Hervieux lit, au nom de la commission de vaccine, le rapport officiel sur le service de la vaccine en 1880. L'auteur s'attache à établir une sorte de comparaison et de parallèle entre la vaccine animale et la vaccine humaine.

M. Jules Guérin dit que, depuis la grande discussion qui eut lieu à l'Académie, il y a déjà une dizaine ou une douzaine d'années, il est resté l'adversaire de la vaccination animale. Son opposition n'a fait que se fortifier par tout ce qu'il a eu occasion de voir, de lire et d'entendre depuis cette époque.

Le rapport de M. Hervieux semble à M. J. Guérin être plutôt un plaidoyer en faveur de la vaccination animale qu'un exposé impartial des faits. M. Hervieux a dit que la vaccine animale avait fait le tour du monde; qu'elle avait été introduite dans tous les pays, jusqu'aux Indes. Ce genre d'arguments, suivant M. J. Guérin, n'a pas de valeur et ne prouve rien en faveur de l'efficacité de la vaccine.

M. Hervieux a dit encore que la vaccine animale produisait une pustulation plus nombreuse et plus large que celle produite par la vaccine humaine. M. Guérin répond que, même en admettant la réalité du fait, ce qu'il ne saurait admettre pour sa part, cette pustulation, prise comme base de la supériorité de la vaccine animale, n'a aucune valeur. Le véritable critérium de la supériorité d'un vaccin sur l'autre, c'est la vertu de préservation. Or, il a semblé résulter, de la discussion à laquelle M. J. Guérin vient de faire allusion, que la vaccine animale n'avait pas fait, du moins à cette époque, les preuves suffisantes de sa vertu préservatrice contre la variole.

Aujourd'hui, les preuves de son efficacité sont encore contestables, si bien que l'on a pu dire même que, depuis l'introduction de la vaccine animale, le nombre des récidives de la variole avait augmenté et que, par conséquent, la préservation avait diminué. Autrefois, on disait que la vaccine préservait pour toute la vie. Aujourd'hui, on n'admet guère qu'une préservation de cinq ans ou dix ans, au maximum. Il y aurait à voir si la vaccine animale ne

serait pas un des facteurs de cette diminution de l'immunité préservatrice après la vaccination. On a dit encore que, dans certaines épidémies de variole, les individus vaccinés avaient été les premiers atteints. C'est encore là un fait qui, s'il était réel, ne témoignerait pas en faveur de la vaccine animale.

Dans la discussion qui eut lieu, il y a dix ans, à l'Académie, les conclusions du rapport ne furent pas votées, M. J. Guérin a la conviction d'avoir empêché l'Académie de voter des conclusions trop favorables à la vaccination animale. Il demande que l'Académie examine de près cette question et qu'elle ne se laisse pas aller à recommander, en adoptant les conclusions du rapport de M. Hervieux, un système de vaccination que M. J. Guérin considère, pour sa part, comme détestable.

M. Hervieux proteste contre l'expression de *plaidoyer* appliqué à son rapport par M. J. Guérin; il n'a pas fait de plaidoyer en faveur de la vaccination animale, mais une simple exposition des faits, sans commentaire. M. Hervieux maintient que, en général, la pustulation de la vaccine animale a été trouvée supérieure à celle de la vaccination humaine, pour le nombre et les dimensions des pustules. Mais ce n'est pas à dire pour cela que M. Hervieux ait montré le moindre fanatisme en faveur de la vaccine animale. Loin de là, dans son rapport, M. Hervieux se borne à dire que rien ne prouve la supériorité de l'une des vaccines sur l'autre, au point de vue de la préservation qui reste une question non résolue. Mais il est incontestable que la vaccine animale a fait ses preuves et a réussi plusieurs fois à arrêter les progrès des épidémies de variole.

En résumé, M. Hervieux considère la vaccine humaine comme une excellente chose et la vaccine animale comme un bienfait réel, sans vouloir accorder aucune prééminence à l'un sur l'autre de ces deux modes de vaccination.

M. Depaul demande à rectifier certaines assertions de M. Jules Guérin qu'il considère comme inexactes. Il est très vrai que M. Jules Guérin a, par une véritable force d'inertie, empêché pendant dix-huit mois le vote des conclusions du rapport que M. Depaul avait lu à l'Académie. Mais, à la fin, M. J. Guérin, mis en demeure par le Conseil de l'Académie, de prendre la parole afin de ne pas suspendre indéfiniment une discussion aussi importante, M. Jules Guérin vint apporter des conclusions contraires à celles du rapport. Les conclusions de M. J. Guérin furent si défavorablement accueillies par l'Académie que M. J. Guérin se vit obligé de les retirer; et les conclusions du rapport, quoi qu'en dise M. J. Guérin, furent parfaitement adoptées, ainsi que le compte rendu officiel en fait foi.

M. Jules Guérin répond qu'à la vérité il a été longtemps empêché de prendre la parole, soit par la maladie, soit par la préoccupation d'autres travaux qui l'absorbaient en ce moment; mais depuis il a prononcé, à diverses reprises, jusqu'à cinq grands discours, auxquels il n'a pas été répondu.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se réunit en comité secret.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Grenouillette et kyste dermoïde. — De la transformation des abcès froids en kystes. — De quelques usages de la bande de caoutchouc vulcanisé dans les affections chirurgicales. — Présentation de malade : polype naso-pharyngien. — Présentation de pièce pathologique : ostéomyélite du fémur, avec séquestre, ayant séjourné pendant quarante-quatre ans.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

M. Marc Sée fait une communication sous le titre suivant : *De quelques usages de la bande de caoutchouc vulcanisé dans les affections chirurgicales.*

Indépendamment des hernies étranglées dans lesquelles la bande de caoutchouc ne lui a jamais donné de résultat satisfaisant, et des affections eczémateuses des membres où son efficacité est des plus remarquables, M. Marc Sée a fait usage depuis plusieurs années de cet agent dans les circonstances suivantes :

1° Infiltration œdémateuse des membres, quelle qu'en soit la cause : affection du cœur, du foie, cachexies diverses, compressions déterminées par des tumeurs de l'abdomen, etc. Dans toutes ces circonstances, la bande élastique convenablement appliquée prévient la distension trop considérable de la peau, ainsi que le développement de ces rougeurs érysipélateuses auxquelles succèdent si fréquemment des mortifications partielles des téguments. Elle se montre particulièrement efficace contre les infiltrations si pénibles des membres supérieurs chez les femmes atteintes de cancer du sein avec propagation aux ganglions axillaires. Il en est de même de l'œdème qui persiste après la guérison de phlébites, de lymphangites, etc.

2° Infiltrations séro-plastiques consécutives à certains phlegmons diffus qui laissent à leur suite des raideurs articulaires et une gêne des mouvements provenant d'un état de rigidité de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Les frictions et le massage, si utiles dans ces cas, trouveront un adjuvant très-efficace dans la bande de caoutchouc appliquée dans l'intervalle des séances. Les raideurs dues au gonflement des doigts que laissent les phlegmons de la main et de l'avant-bras seront combattus avec succès par le même moyen.

3° Infiltrations et épanchements sanguins consécutifs à des contusions, des déchirures sous-cutanées, des ecchymoses de toute espèce. La bande de caoutchouc favorise et hâte la résorption du sang extravasé en agissant sur lui comme fait le pouce du chirurgien qui écrase une bosse sanguine du cuir chevelu, à cette différence près qu'elle agit doucement, sans violence et d'une façon continue.

4° Épanchement séreux dans les articulations, et, en particulier, hydarthroses du genou, du coude, du cou-de-pied, rebelles parfois à tous les autres moyens de traitement ou se reproduisant dès que le malade commence à marcher, ou à se servir de son membre, comme cela se voit souvent à la suite de certaines arthritis blennorrhagiques. Dans plusieurs cas de ce genre, la bande de caoutchouc a procuré à M. Sée des guérisons définitives en quelques jours, là où l'immobilité et les cautérisations ignées s'étaient montrées inefficaces.

5° Inflammations phlegmoneuses circonscrites ou diffuses à toutes les périodes de leur évolution. Partout où elle est applicable, la bande de caoutchouc remplace utilement le cataplasme émollient sur lequel elle a l'avantage de modérer l'afflux sanguin en comprimant les tissus.

6° Ecthyma des membres et ulcères qui restent à la chute des croûtes; ulcères atoniques des membres inférieurs, ulcères calleux, ulcères variqueux. Dans tous ces cas, la bande élastique fait disparaître rapidement toutes les complications et favorise la cicatrisation.

7° Plaies récentes, accidentelles ou chirurgicales réunies par la suture. La bande de caoutchouc appliquée par dessus le pansement de Lister favorise beaucoup la réunion immédiate et permet d'espacer les pansements beaucoup plus qu'on ne le fait d'habitude. Il est arrivé à M. Sée de n'enlever le premier pansement qu'après trois semaines et de trouver la plaie presque complétement guérie. Mais c'est là une application extrêmement importante que M. Sée se contente d'indiquer ici et sur laquelle il reviendra avec plus de détail dans une autre communication.

Pour éviter les accidents, il faut user de quelques précautions dans l'application de la bande de caoutchouc. La compression qu'elle exerce sur les parties molles doit être extrêmement minime et n'aller jamais jusqu'à entraver la circulation. En enroulant la bande autour du membre, on n'exercera donc qu'une traction très légère, suffisante seulement pour que les divers tours soient appliqués exactement dans toute leur étendue. Ceux-ci devront se recouvrir dans un tiers ou un quart de leur largeur, et ne laisser nulle part d'intervalle entre leurs bords; les parties soustraites à la pression ne tardèrent pas à se tuméfier par infiltration de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire.

A part ces circonstances spéciales où elles doivent rester appliquées le plus longtemps possible, les bandes élastiques seront enlevées tous les deux ou trois jours, et réappliquées après avoir été lavées dans de l'eau phéniquée.

Les effets produits par la bande de caoutchouc dépendent de deux propriétés qu'elle possède au plus haut degré : l'élasticité et l'imperméabilité.

Par son élasticité, elle exerce sur les parties qu'elle recouvre une pression qui, bien que toujours très faible, n'en est pas moins très efficace, puisqu'elle s'exerce d'une manière continue et qu'elle est peu influencée par les petits changements de volume que peuvent éprouver les parties. Il est inutile d'insister sur l'influence que peut avoir cette pression sur les circulations locales et sur les épanchements de toute sorte qui occupent les tissus ou certaines cavités; cette influence a été trop souvent mise en évidence pour qu'il soit nécessaire de nous y arrêter.

Par son imperméabilité, la bande de caoutchouc établit une barrière infranchissable entre les organes qu'elle recouvre et l'air extérieur. D'une part, elle amasse au-dessous d'elle les produits de la transpiration et des sécrétions de la peau qu'elle entretient, ainsi que les plaies, dans un état constant d'humidité et de chaleur comme font les cataplasmes. D'autre part, elle empêche les germes qui voltigent dans l'air de venir contaminer les plaies et provoquer la putréfaction des liquides épanchés, et constitue ainsi un adjuvant très utile des pansements antiseptiques.

M. Nicaise a vu plusieurs fois la bande de caoutchouc vulcanisé irriter les tissus; pour lui, il emploie toujours le caoutchouc rouge ou noir, non le gris, qui est irritant, à moins de le passer à une lessive alcaline.

M. Lucas-Championnière a observé que le caoutchouc gris, sulfuré, a l'inconvénient d'altérer rapidement les liquides avec lesquels il est mis en contact, tandis qu'il n'en est pas de même avec le caoutchouc rouge ou noir au contact desquels les liquides organiques se conservent indéfiniment.

M. Verneuil demande si la compression produite par la bande de caoutchouc sur les tissus œdématiés des malades atteints d'affections cardiaques ou rénales ne pourrait pas avoir pour fâcheux effet, en reportant dans la circulation générale une masse considérable de liquides extravasés, de faire rentrer dans le sang des principes qui devaient être éliminés par ces liquides. N'est-il pas à craindre, par exemple, que l'urée privée de cette sorte d'exutoire ne s'accumule dans le sang et n'y produise les accidents de l'urémie? On a vu, en effet, des applications intempestives ayant pour but de supprimer cette espèce de rosée séreuse, être suivies des accidents les plus graves. M. Marc Sée n'a-t-il jamais observé des accidents de ce genre à la suite de l'application de la bande de caoutchouc?

M. Sée répond que l'action irritante de la bande de caoutchouc, signalée par MM. Nicaise et Lucas-Championnière, s'observe avec le caoutchouc rouge comme avec le caoutchouc gris. Ce dernier s'altère, en effet, très facilement quand il est exposé à l'air. Il devient alors friable et se déchire. Il faut le placer dans un bocal fermé à l'émeri et contenant un peu d'eau. Il se conserve ainsi indéfiniment.

Quant à l'inconvénient très grave du refoulement d'une grande quantité de sérosité dans la circulation générale par l'application de la bande de caoutchouc, M. Sée déclare qu'il n'a pas eu l'occasion de l'observer depuis qu'il met ce moyen en usage. Il est vrai qu'il administre en même temps des diurétiques aux malades.

M. Le Dentu dit avoir employé la compression par la bande ordinaire sur les membres supérieurs de femmes atteintes de cancer du sein; l'œdème a diminué, mais il a vu se produire des accidents de dyspnée tels qu'il a dû renoncer à ce moyen.

M. Théophile Anger a vu un individu atteint d'éléphantiasis des membres inférieurs, guérir par la compression exercée à l'aide de la bande de caoutchouc.

M. Pozzi se rappelle un malade entré dans le service de M. Broca pour un éléphantiasis du membre inférieur et auquel Broca voulait pratiquer, pour ce motif, la ligature de l'artère fémorale; on eut l'idée de lui faire d'abord la compression à l'aide de la bande en caoutchouc et l'on vit, au bout de trois semaines, que le membre avait diminué de moitié.

— M. Le Dentu présente un jeune homme de 17 à 18 ans, atteint de polype naso-pharyngien avec exophthalmie double et écartement énorme des deux globes oculaires. Ce jeune homme est entré à l'hôpital Saint-Louis, où M. Le Dentu s'est décidé à l'opérer par la méthode de la cautérisation avec les flèches de chlorure de zinc. La tumeur faisait saillie du côté de la voûte palatine. M. Le Dentu, dans une première séance, pratiqua la section de la voûte à l'aide du thermo-cautère. Il introduisit ensuite, par cette voie, deux flèches de Canquoin dans la tumeur. Le résultat dépassa, du premier coup, toutes ses espérances, car il obtint la mortification totale du polype. Quelques phénomènes de résorption putride furent combattus avantageusement par les injections phéniquées. La vue, qui s'était considérablement affaiblie, revint, les yeux rentrèrent dans leurs orbites, l'exophthalmie disparut; il ne persista qu'un certain degré d'écartement des deux globes oculaires.

M. Le Dentu voulut garder quelque temps ce malade en observation, afin de voir si cette amélioration inespérée persisterait. Malheureusement la suite n'a pas répondu à ce brillant début. Depuis deux ou trois mois, le malade se plaint de nouveau de perdre la vue. L'ophthalmoscope montre l'existence d'un certain degré d'atrophie de la papille optique et d'une névro-rétinite par compression des nerfs optiques. Le chiasma est influencé probablement par la présence d'une portion de la tumeur qui ayant échappé à la cautérisation aurait pris un développement considérable. Il y a exophthalmie de l'œil gauche qui devient de jour en jour plus saillant par développement latéral dans la partie de la tumeur que l'on suppose avoir échappé à la première opération. M. Le Dentu demande l'avis de ses collègues sur la conduite à tenir.

M. Léon Le Fort pense qu'il s'agit d'une récidive de la tumeur du côté des sinus sphénoïdaux, et que le seul moyen de traitement, dont il ne voudrait pas, d'ailleurs, garantir l'efficacité, serait, en pareil cas, l'électrolyse qui lui a réussi dans une circonstance analogue.

— M. Nicaise met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique recueillie sur un individu dont le fémur était affecté d'ostéomyélite depuis 44 ans. Cet individu, mort à l'âge de 60 ans, avait eu à 16 ans une ostéite épiphysaire terminée par un séquestre qui est resté

pendant 44 ans dans le fémur sans empêcher le malade, qui était commis voyageur, de vaquer à ses affaires. On voit sur la pièce, autour du séquestre, d'épaisses couches osseuses de nouvelle formation.

D[r] A. TARTIVEL,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 1[er] au 7 juillet 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,125. — Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 27. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 21.— Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 38. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 59. — Phthisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 82. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchites aiguës, 36. — Pneumonie, 56. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 86; au sein et mixte, 44; inconnu, 4.—Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111 ; circulatoire, 53; respiratoire, 53; digestif, 58 ; génito-urinaire, 30 ; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 8. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 39. — Causes non classées, 8.

CONCLUSIONS DE LA 27[e] SEMAINE. — La mortalité a encore augmenté cette semaine, 1,125 décès au lieu de 1,025 : c'est un croît notable de 100 décès et il fallait sans doute s'y attendre comme conséquence ordinaire des fortes chaleurs ; mais, en outre, plusieurs maladies épidémiques ont accru leurs sévices, et notamment la Scarlatine, dont les décès ont presque doublé (21 au lieu de 11). Cependant la lourde chaleur de la semaine dernière a nécessairement aggravé les maladies dont les dangers croissent avec la température ; tel est le cas, d'abord, de l'Athrepsie enfantine qui, au lieu de 98 décès dans la dernière semaine, en compte 134 en celle-ci ; puis des Méningites (59 décès au lieu de 44), et des autres maladies Cérébro-spinales (111 décès au lieu de 87).

En ce qui concerne la répartition par quartiers nous signalerons seulement les 3 décès par Scarlatine en chacun des quartiers *Clignancourt* et de *la Goutte-d'Or*, et 2 dans celui de *Saint-Merry* ; puis 6 décès par Diphthérie dans le quartier *Sainte-Marguerite*, contigu à l'hôpital Trousseau et au quartier des *Quinze-Vingts*, quartiers où la Diphthérie est également en permanence, etc.

Nous avons pris soin, comme toujours, d'informer la Direction de l'enseignement primaire, des maladies (cas d'invasion) qui nous ont été signalées dans les écoles, à savoir : 14 cas de Scarlatine, 4 de Rougeole, 3 de fièvre Typhoïde et 2 de Variole ; les mesures nécessaires ont été ou vont être prises. Nous avons également fait parvenir à la Préfecture de Police l'annonce de quelques cas d'invasion de fièvre Typhoïde dans les *garnis* et d'un nouveau cas de Variole dans celui de la rue Keller insuffisamment désinfecté, paraît-il.

Nous nous permettrons de faire remarquer que c'est à l'enquête sur la morbidité au moyen des cartes postales, et par conséquent au zèle tout spontané des praticiens de Paris, que nous devons de pouvoir transmettre promptement à la haute administration, qui a le pouvoir exécutif pour les choses de l'hygiène publique, ces avis sanitaires.

Nous attirons encore l'attention sur notre *second Tableau* du relevé des SERVICES FUNÈBRES SELON LE CÉRÉMONIAL. Le premier, publié le 18 juin (n° 24), se rapportait au mois d'avril ; il a paru assez intéressant pour que nous nous empressions de le faire suivre des services funèbres du mois de mai et que nous nous appliquions à perfectionner cette enquête dont chacun a compris l'importance. Aussi, grâce à l'empressement de l'Administration, nous avons pu donner, cette fois-ci, *pour chaque arrondissement*, le détail par culte des convois avec cérémonie religieuse et le nombre des corps transportés hors Paris, des mort-nés et des enterrements civils proprement dits ; on voit que la proportion générale de ceux-ci est encore de plus de 16 pour 100 ; sous une autre forme, on peut dire qu'il y a un enterrement civil sur 5 enterrements avec cérémonie religieuse. Il n'est pas sans utilité de mettre ce fait en pleine lumière, et il ne le sera pas non plus, sans doute, d'en suivre les mouvements.

D[r] BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE. — SIREDEY ET DANLOS.

Au début de la péritonite aiguë, on applique 20 ou 30 sangsues sur les points douloureux,

et on laisse couler le sang pendant un temps variable, selon la force du sujet. On réitère, s'il le faut, cette émission sanguine. Après les sangsues, on dispose sur le ventre un linge plusieurs fois replié, et sur ce linge on place une vessie imperméable remplie de glace, en ayant soin qu'il n'y ait jamais d'interruption dans l'application du froid. — Parmi les révulsifs, on peut recourir à l'essence de térébenthine. On en imbibe une flanelle qu'on pose sur la paroi abdominale, et qu'on recouvre d'un taffetas gommé. Si la douleur est trop vive, on enlève ce dernier. Les onctions d'onguent mercuriel, simple ou belladoné, rendent également des services, et conviennent à toutes les périodes. Il en est de même de la glace; tandis que les sangsues et les révulsifs ne sont applicables qu'au début. — Pour combattre les vomissements, faire prendre des boissons glacées, ou sucer des morceaux de glace. — Dans la pelvi-péritonite, l'enduit de collodion élastique préconisé par le docteur De Robert de Latour jouit d'une action sédative manifeste. L'opium est indiqué dans les cas où il existe de la diarrhée au début, et il doit être administré à doses élevées. Le sulfate de quinine seul ou associé à l'opium est particulièrement utile dans la pelvi-péritonite puerpérale. — N. G.

## COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons tardivement, mais avec une profonde douleur, la mort de M. le docteur Huette, de Montargis, président de la Société locale de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Loiret.

M. Huette a succombé, le 26 juin dernier, à une attaque d'apoplexie. Les derniers devoirs lui ont été rendus par un nombre considérable de confrères et d'amis. Nous attendons, pour les communiquer à nos lecteurs, les discours qui ont été prononcés sur sa tombe.

*Concours pour trois places de médecins des hôpitaux.* — La deuxième série d'épreuves commencera vendredi prochain. Sont admissibles : MM. Robin, Roques, Balzer, Barth, Déjerine, Barié, Merklen, Tapret, E. Hirtz et Moizard.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminé vendredi soir, 8 juillet 1881, par la nomination de MM. Kirmisson et Schwartz.

— La Chambre des députés, dans sa séance du 9 juillet, a décidé la création, à la Salpêtrière, d'une chaire de clinique des maladies des centres nerveux, et d'un nouvel emploi d'aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

Une graine chinoise. — Le haé-teou est une variété de haricot. D'après le R. P. Leboucq, un picotin de cette précieuse graine suffirait pour électriser le coursier le moins fougueux; les chevaux nourris avec ce haricot prennent, dit-il, un poil luisant et un aspect de santé et de vigueur.

Des essais et des analyses ont été faits, d'ailleurs, avec succès, au laboratoire de la Compagnie générale des Omnibus de Paris. D'après M. Lavalard, administrateur de la cavalerie et des fourrages, les quantités de matière azotée et de matière grasse sont considérables dans cette graine. Cette quantité ne s'élèverait pas à moins de 36 0/0 de matières azotées et de 17 0/0 de matières sucrées.

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1882, le prix Aubanel, de la valeur de 3,000 francs, au meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur un sujet de médecine mentale.

Les travaux imprimés ne devront pas être publiés depuis plus de deux ans.

Les manuscrits et les livres seront adressés au secrétaire général, le docteur Motet, 161, rue de Charonne, avant le 31 décembre 1881.

Ils doivent être écrits en langue française. Les membres titulaires de la Société sont seuls exclus du concours.

AVIS. — Les éditeurs du *Spécialiste français*, mémorandum des spécialités médico-chirurgicales et pharmaceutiques de Paris et de la province, nous prient d'informer MM. les médecins et chirurgiens exerçant une spécialité quelconque, ainsi que MM. les pharmaciens, qu'il leur suffira d'adresser *franco*, 7, rue Corneille, avant le 1er octobre, tous les documents les intéressant, afin d'éviter des lacunes qui ne pourraient que leur être préjudiciables.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE MÉDICALE

## OBSERVATION DE MUGUET DÉVELOPPÉ CHEZ UN ADULTE A LA SUITE D'UNE ANGINE HERPÉTIQUE ET D'UNE STOMATITE ÉRYTHÉMATEUSE (1);

Note communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 novembre 1880,

Par M. Louis BROCQ, interne des hôpitaux.

Nous avons cherché des faits analogues à l'observation précédente, nous n'en avons trouvé qu'un seul qui puisse lui être réellement comparé. Il appartient à Adolphe Gubler, qui l'a publié dans ses *Études sur l'origine et les conditions de développement de la Mucédinée du Muguet* (obs. VII), publiées dans les *Mémoires* de l'Académie de médecine.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une femme de 25 ans, de constitution assez robuste, de bonne santé, qui fut prise, cinq à six jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs vives pendant la déglutition, de fièvre et de courbature. A la visite du soir, M. Mauriac, alors interne à Beaujon, vit que les piliers, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx étaient recouverts d'un exsudat blanchâtre granulé simulant des pseudo-membranes. Aussi pensa-t-il à une angine pharyngée diphthéritique, d'autant mieux que la peau était chaude, le pouls fréquent, et que la malade éprouvait un malaise général assez prononcé. Mais, le lendemain matin, Gubler, frappé de l'engorgement peu considérable des ganglions et de l'aspect insolite des pseudo-membranes qui n'étaient pas lisses, mais granuleuses et trop blanches pour être des exsudats plastiques, rejeta toute idée de diphthérie et fit le diagnostic de muguet. En effet, il trouva la salive acide, et l'examen microscopique de l'exsudat lui montra qu'il était formé par l'*oïdium albicans*. Un gargarisme au borax et de l'eau de Vichy en eurent rapidement raison. Dès le lendemain, on n'en trouvait plus trace, et la malade sortait complètement guérie cinq jours après son entrée à l'hôpital.

Un deuxième fait rapporté dans le même mémoire (obs. VIII) ne nous paraît pas aussi voisin du nôtre, quoiqu'il s'agisse encore d'une angine aiguë fébrile dans le courant de laquelle on vit des plaques de muguet apparaître sur toute la muqueuse bucco-pharyngienne. En effet, le malade était un vieillard, âgé de 65 ans, atteint

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 12 juillet.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Eh bien! je me trompais : mes lecteurs prennent plus d'intérêt que je ne le pensais aux souvenirs que j'évoque de la Faculté de médecine parisienne telle qu'elle existait au premier quart de notre siècle. J'en juge par les commentaires que je reçois et qui me procurent une véritable satisfaction. Il me semble que je manquerais à tous mes devoirs de gratitude et même de simple politesse en ne les faisant pas connaître, du moins en partie, — l'*in extenso* ne m'étant pas possible, — aux confrères qui ont la bonté de me lire. Je vois bien que mes honorables correspondants sont à peu près (plus ou moins) mes contemporains, mais vous conviendrez que leurs témoignages concordants et que leurs jugements conformes flattent singulièrement mon amour-propre, car mes correspondants, vous allez le voir, ne sont pas les premiers venus, et leur plume trop bienveillante procure d'agréables chatouillements que je dois cependant dissimuler.

Mais pourquoi les jeunes, ne serait-ce que par simple curiosité, ne prendraient-ils pas quelque intérêt à ces souvenirs rétrospectifs? Mais admettons chez eux un motif plus élevé, celui du sentiment de la reconnaissance pour le progrès évident de l'enseignement dans nos écoles, et ce sentiment qui peut mieux le faire naître, si ce n'est la comparaison entre ce qui était et ce qui s'est fait ou se fait encore?

Sans scrupule, je continuerai donc encore la galerie des professeurs de la Faculté de 1826,

d'une hypertrophie de la prostate et d'un catarrhe chronique de la vessie, et dont la constitution naturellement très vigoureuse avait été détériorée par de longues souffrances. Il y avait donc chez lui un certain degré de déchéance vitale ; aussi n'y insisterons-nous pas.

Il en est de même dans le cas de muguet primitif du pharynx consécutif à une angine légère récemment publié par M. Damaschino. La femme, pâle et anémique, était affectée d'une ancienne hémiplégie du côté droit, et avait été amputée du bras gauche.

M. le professeur Charcot, en janvier 1852, a également parlé à la Société de biologie d'une malade entrée dans le service de Rayer pour une angine dans le courant de laquelle il s'était produit du muguet sur toute la muqueuse buccale ; mais, bien que nous n'ayons pu trouver de détails sur cette observation, il est plus que probable qu'il s'agissait d'une angine maligne diphthéritique ou gangréneuse, puisqu'on a vu se former des abcès multiples et que la malade a rapidement succombé. Or, le muguet est assez fréquent comme épiphénomène de ces affections graves, et nous pensons que ce fait ne doit à aucun point de vue être rapproché du nôtre.

Somme toute, ainsi que nous le disions plus haut, nous n'avons pu trouver que l'observation VII du mémoire de M. Gubler qui puisse lui être comparée. Dans les deux cas le malade est un adulte non cachectique ; il est atteint d'angine simple sur laquelle vient se greffer le muguet ; le parasite paraît sur les points malades et desquamés, et l'exsudat blanchâtre est assez confluent pour recouvrir toutes ces parties d'une couche continue ayant l'aspect d'une pseudo-membrane. Mais à côté de ces caractères communs, voici des dissemblances.

Dans le cas de M. Gubler, le muguet est arrivé pendant l'évolution même de l'angine, tandis que dans le nôtre on ne l'a vu paraître qu'après la résolution complète de l'affection aiguë. Il s'est développé sans douleur, sans réaction inflammatoire, sans engorgement ganglionnaire, comme un simple parasite : un peu de gêne a donné l'éveil, on a été fort étonné de voir la gorge recouverte d'un enduit blanchâtre, et l'on n'a pas osé, en présence du bon état du malade, émettre l'idée de diphthérie. A Beaujon, au contraire, l'interne, les médecins des hôpitaux que le chef a consultés, voyant de l'angine aiguë, un peu d'adénite et un exsudat qui semblait pseudo-membraneux n'ont pas hésité un instant à en faire de la diph-

---

où nous rencontrerons quelques personnages intéressants : Alibert, Adelon, Désormeaux, etc. Mais, auparavant, permettez-moi de vous présenter quelques-uns de mes correspondants.

*
* *

Voici, par exemple, notre confrère M. le docteur Delasiauve, qui a tracé un sillon lumineux dans le champ de la psychiatrie, esprit droit, libéral, élevé, que l'on trouve toujours du côté de la justice, protégeant le faible, encourageant le travail, et dont le caractère indépendant n'a jamais flatté ni courtisé le pouvoir. J'emprunte à sa lettre du 18 juin dernier les passages suivants :

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« Dupuytren avait à la fois et le génie chirurgical et le don professoral. Roux, au contraire opérateur artiste, diffus et embrouillé dans son élocution, se perdait dans ses *néanmoins, néanmoins*. Bistouri en main, s'apprêtait-il, par exemple à réséquer l'articulation du coude, sous prétexte d'en indiquer le procédé il perdait une heure à en tracer l'historique.

« Richerand eût été très supportable, sans un obstacle organique à l'articulation de la parole. Cruveilhier, sans s'élever à la haute éloquence, était méthodique et clair, ses sentiments religieux, dont il ne faisait point ostentation, passaient pour sincères et on l'aimait en proportion de sa bonté absolue et de son dévouement à l'instruction des élèves.

« Récamier eût été suivi, malgré ses excentricités et son illuminisme. Son chef de clinique et ses internes formulaient les prescriptions, sans égard pour les médications qu'il tirait de l'état du ciel et qui se résumaient, à l'entrée des salles, en ces mots : Saignez... purgez, etc. Ses idées étaient pittoresques et intéressantes. Par malheur il était d'une inexactitude extrême et souvent n'arrivait à l'amphithéâtre qu'à 9 heures pour le quitter à 9 heures et demie.

thérie, et il a fallu toute la compétence de M. Gubler en cette matière pour l'amener à douter de ce diagnostic.

Mais c'est surtout quand on examine l'évolution de la maladie qu'on s'aperçoit que les deux faits ne sont plus parallèles. Dans l'un on donne de l'eau de Vichy, un gargarisme au borax et dès le lendemain on ne trouve plus trace du champignon. Dans l'autre, on emploie à peu près le même traitement, et les jours suivants le malade voit encore des îlots de muguet sur sa gorge, qui reste rouge et dépolie. Le 31 août, la langue commence à devenir douloureuse et à s'excorier; bientôt (4 septembre) la face interne des joues et les gencives se prennent, et dans leur raclage on trouve au microscope des spores et des filaments d'oïdium. Le 7 septembre apparaissent sur les lèvres des exulcérations ovalaires recouvertes d'un semis blanchâtre. Puis après une amélioration de deux ou trois jours, arrivée vers le 10 septembre, le malade voit tous les symptômes reparaître avec leur première intensité; mais, chose étrange! ils semblent localisés à la muqueuse buccale proprement dite; le voile du palais paraît indemne; la gorge ne redevient douloureuse et on n'y trouve le champignon que le 18 septembre. Or, pendant toutes ces péripéties, le malade suit rigoureusement son traitement alcalin qu'on varie de temps en temps, et il est soumis à un régime fortement tonique. Mais il va presque tous les matins et quelquefois le soir à l'hôpital. Enfin, pour des raisons de famille, il se rend dans le Midi le 21 septembre, la bouche dans un état déplorable, la langue marbrée de rougeurs, maladroite et douloureuse, les gencives gonflées, portant des ulcérations couvertes d'oïdium. Arrivé chez lui, du 21 au 26 septembre il ne prend comme médicament que deux potions au chlorate de potasse, et le 26 il est parfaitement guéri de son muguet, de son angine et de sa stomatite. Revenons maintenant sur les points les plus saillants de son histoire. Tout récemment, M. Damaschino faisait remarquer, à propos de la malade dont nous avons déjà parlé, que le muguet avait chez elle primitivement siégé sur l'isthme du gosier et sur le pharynx, et il considérait ce début comme excessivement rare. Il nous semble être la règle dans le cas où l'oïdium se surajoute à une angine; les observations VII et VIII du mémoire de M. Gubler, celle de M. Damaschino et la nôtre nous le prouvent suffisamment. M. le professeur Laboulbène a depuis longtemps démontré le fait dans ses *Recherches sur les affections pseudo-membraneuses*. La théorie, la simple raison le veulent d'ailleurs, puisque le champignon végète là où l'épithélium se desquame et prolifère.

---

Cayol, dont le dogmatisme hippocratique séduisait beaucoup d'esprits, avait comme Récamier l'inconvénient des retards.

« Chomel était en tout le classique par excellence. Toujours à l'heure, simple et complet, n'hésitant point dans ses démonstrations, il possédait la sympathie des élèves. D'ailleurs, comme et plus que Cayol, il confiait l'observation de certains malades aux élèves de bon vouloir qui en rendaient compte à l'amphithéâtre. Je me rappelle, non sans une intime satisfaction, avoir lutté sur ce terrain avec le professeur Requin, si jeune encore enlevé à la science.

« Que dirai-je de Marjolin sinon qu'on l'aimait beaucoup, et d'Orfila sinon qu'à ses leçons l'amphithéâtre était bondé d'auditeurs enthousiastes et attentifs!

« Quant aux autres j'adhère pleinement à ce que vous en dites et je n'insisterai pas. »

N'est-ce pas très-flatteur pour moi que les appréciations d'un esprit aussi éclairé se trouvant en telle concordance avec les miennes?

***

Voici les souvenirs que j'ai réveillés dans l'esprit de M. le docteur Derivière, de Blois, interne de la promotion du 14 décembre 1830, dont firent également partie Marrotte, Cazalis, Beau, A. Brun, Giraldès, Denonvilliers, Valleix, etc., etc.

« Blois, 9 juillet 1881.

« Monsieur et honoré confrère,

« Les *Causeries* que vous offrez à vos lecteurs depuis quelque temps..... me causent un plaisir particulier, en me remettant en souvenir les hommes éminents, professeurs et chirurgiens, médecins des hôpitaux, que j'appellerai les médecins de mon temps, car, hélas! je suis

Mais comment expliquer l'évolution ultérieure que nous avons observée, la propagation de la mucédinée à la cavité buccale, sa ténacité malgré l'emploi des alcalins? Si l'on consulte l'observation, bien longue, mais d'une scrupuleuse exactitude que nous publions, on voit que tant que l'oïdium a séjourné dans l'isthme du gosier, il n'y a eu, comme phénomènes douloureux, que de la gêne, de la sécheresse, une sensation de corps étranger, de toile d'araignée tapissant la gorge; quand il a dû envahir la cavité buccale au contraire, trois jours avant sa constatation microscopique en ce point, les douleurs sont arrivées, douleurs tellement vives que la mastication des aliments en était impossible, et qu'il semblait que toute la muqueuse fût excoriée. Puis on a vu nettement des ulcérations se produire sur la face interne des joues et sur les lèvres où elles affectaient la forme ovalaire; à leur surface se trouvaient des spores et des filaments d'oïdium. Ces symptômes si douloureux, cette inflammation si vive de la cavité buccale doivent-ils être mis exclusivement sur le compte du muguet qui n'exciterait presque aucune réaction inflammatoire lorsqu'il se développe sur le pharynx, et le ferait au contraire lorsqu'il se montre dans la bouche? Ceci nous semble inadmissible. Il est donc à peu près incontestable qu'à la suite de son angine notre malade a été pris d'une stomatite érythémateuse, et que cette stomatite a joué pour sa cavité buccale le même rôle qu'avait joué l'angine pour son isthme du gosier. Ici encore il y a eu desquamation et prolifération épithéliales, excoriations légères, et le terrain a été ainsi tout préparé pour l'évolution de la mucédinée.

Mais pour quelle cause cette stomatite est-elle survenue, comment a-t-elle résisté si longtemps à l'emploi du chlorate de potasse? Il est probable que la raison en est dans les quelques imprudences que commettait le malade : le matin, il buvait à jeun une tasse de lait de mauvaise qualité, souvent un peu aigri; il fumait du datura stramonium pour combattre ses accès d'oppression; il avait conservé la même alimentation qu'avant sa maladie en en retranchant toutefois les mets épicés et acides; aussi avait-il les digestions difficiles. Ajoutons que son angine avait prédisposé sa muqueuse buccale à l'inflammation, et l'on aura, croyons-nous, un ensemble de causes suffisant pour expliquer cette stomatite et sa persistance si surprenante au premier abord.

Néanmoins il reste encore un point obscur : pourquoi le muguet a-t-il résisté à la médication alcaline? Pourquoi n'a-t-il pas rapidement disparu comme dans le cas de Gubler, au lieu de se surajouter constamment à l'inflammation buccale? Nous

---

de 1808. Je me compare à ce cheval de cavalerie, mis à la réforme, qui se trouve au passage d'un régiment; ses oreilles se dressent, et, poussé par l'habitude passée, il s'élance au galop et va se placer au milieu des rangs.....

« Dupuytren, que nous nommions le Baron, nous inspirait à la fois l'admiration et la crainte. Il arrivait le matin vers sept heures, à pied, les mains dans le pantalon bleu un peu court, chaussé de souliers à lacets, habit vert, gilet blanc, cravate noire en corde et col de chemise haut, tout cela très négligé. Le front était large, le menton élevé, l'air césarien. Le chirurgien parcourait les salles, suivi par de nombreux élèves. Il arrivait salle Saint-Jean (femmes). Notre interne, Michon, attendait toujours anxieux; excellent Michon, un peu nerveux! Je vois encore ses grands yeux noirs, son teint coloré, figure osseuse, pommettes saillantes, la poitrine voûtée : qui aurait pensé qu'il vécût si efficacement pour l'honneur et les progrès de la science! Le chirurgien s'arrêtait à chaque lit, disant : « Marquez tel numéro. »

Un jour, il opérait une malade sur son lit. Les élèves, toujours avides de voir fonctionner le bistouri du grand chirurgien, étaient groupés à son pourtour; un d'eux, plus ardent ou moins attentif..., pèse sur le dos du maître. Celui-ci se redresse, le bistouri ensanglanté à la main, le visage empourpré de colère, se retourne, donne un coup de coude à l'infortuné curieux, en s'écriant : « Monsieur, faites-moi la grâce de vous tenir!! » Tout le monde de faire silence.

« Un autre jour, Breschet, chirurgien ordinaire, arrête Dupuytren après sa leçon de clinique, le priant de venir lui donner ses conseils. Nous accompagnons Dupuytren. Breschet le conduit près d'un malade affecté de rétention d'urine provenant d'une hyperémie de la prostate, présente le cathéter à son célèbre collègue, qui, du premier coup, arrive dans la vessie, et, avec son sourire narquois ordinaire, lui dit : « *Voilà,* mon savant ami! »

croyons que c'est parce que le malade est resté exposé à la contagion. Venant tous les jours à l'hôpital, demeurant le reste du temps enfermé chez lui dans un milieu infecté de germes d'oïdium, il lui était impossible d'empêcher des spores de se déposer incessamment sur ses muqueuses et d'y fructifier puisqu'elles étaient enflammées, exulcérées, et qu'elles leur présentaient ainsi un terrain favorable à leur développement. Soumis à cette imprégnation continuelle des germes de la mucédinée, il neutralisait ainsi l'effet de sa médication.

Ce qui nous prouve surabondamment la vérité de cette manière de voir, c'est sa complète guérison en quatre ou cinq jours, presque sans médicaments, quand il a eu quitté le milieu infectieux où il vivait pour aller dans sa famille. Là plus de spores d'oïdium, plus de contage incessant, et le muguet a disparu dès son arrivée dans le Lot-et-Garonne. Son alimentation a été changée, il a pu faire une cure de raisins; toutes les causes de stomatite précédemment mentionnées ont cessé d'exister et la guérison de la stomatite ne s'est pas fait attendre plus de cinq jours.

Sans avoir la prétention de démontrer quelque fait nouveau, cette observation nous semble donc intéressante en ce qu'elle est une lumineuse démonstration des propositions suivantes déjà formulées par les auteurs classiques, et en particulier par MM. Gubler, Laboulbène, Archambault, Parrot et Damaschino. Il est bien entendu que nous ne parlons que du muguet de l'adulte.

Le muguet n'est qu'un simple épiphénomène, un simple accident de certaines maladies.

Pour qu'il se développe dans les affections peu graves, il faut que l'endroit où il va fructifier ait été préparé par une inflammation locale ayant déterminé des ulcérations, la chute et la prolifération de l'épithélium.

Il est nécessaire qu'il y ait contagion.

Les états graves constituent une prédisposition puissante, mais ne sont pas une condition nécessaire à son évolution.

L'observation précédente nous montre de plus :

1º Que, chez l'homme sain, le muguet peut survenir dans la stomatite érythémateuse tout aussi bien que dans l'angine soit simple, soit herpétique;

2º Que, pour faire disparaître complètement le champignon, il ne suffit pas

---

« Marjolin, le rival de Dupuytren au concours, attirait à son cours de pathologie externe, à la Faculté de médecine, des élèves nombreux, comme au cours de chimie d'Orfila. Quelquefois, au milieu de la leçon, il déployait son immense foulard rouge et cherchait dans sa poche la tabatière si souvent caressée, — elle avait été oubliée; — alors les élèves, attentifs aux moindres gestes du professeur si aimé, lui faisaient parvenir à l'envi leurs modestes boîtes à tabac, et, sur le tapis vert de la table, une montagne de queues-de-rat se groupaient sous la main du savant chirurgien, et il en était heureux......

« Boyer, le sage et autoritaire chirurgien, venait parfois à la Charité dont il était le chirurgien en chef. On le voyait déboucher, les mains derrière le dos, comme un propriétaire qui inspecte ses travaux, la chevelure crépue, la lèvre légèrement pendante, la marche traînante. M. Roux, son gendre et chirurgien ordinaire, faisait la visite. Au lit d'un malade, atteint de la pierre, il expliquait aux élèves, avec sa vivacité et son bredouillement habituels, le mécanisme de la lithotritie. Boyer était présent, et, tout à coup, d'un air narquois et soupçonneux, il disait : « Mochieu, je vois bien que vous tenez la queue de la poêle, mais je ne vois pas che que vous faites frire dedans »; et il attendait l'effet et le succès de sa malicieuse réflexion.....

« Mais il faut finir avec la crainte, Monsieur et si honoré confrère, de vous apparaître comme un interne d'outre-tombe, et en vous priant d'agréer, avec mes excuses, l'expression de mes sentiments de haute considération confraternelle.

« Dr Derivière. »

***

Je vais vous offrir maintenant un entremets friand : c'est du Diday, je ne dirai pas de derrière les fagots, puisqu'il vient de paraître, mais du Diday de la comète. Écoutons-le :

d'essayer de le détruire sur la muqueuse infectée, qu'il faut, de plus, guérir l'inflammation de cette muqueuse, et soustraire le malade à la contagion.

# ÉPIDÉMIOLOGIE

## ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE DENGUE OBSERVÉE A ALEXANDRIE D'ÉGYPTE,

Par le docteur Albert Bimsenstein, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Vers le commencement du mois d'octobre dernier, les médecins d'Alexandrie furent surpris de l'apparition d'une maladie dont les symptômes s'écartaient notablement du cadre nosologique habituellement observé en Égypte. Peu à peu, cependant, une étude plus approfondie, jointe à certains souvenirs historiques, ne tarda pas à donner au mal le nom qni lui appartenait « la fièvre dengue ».

Refaire aujourd'hui, après les nombreux travaux parus sur ce sujet, une histoire complète de la maladie, nous a semblé d'un médiocre intérêt. Mais tout autrement, nous l'espérons, sera accueilli un travail qui n'a trait qu'à l'épidémie qui a sévi à Alexandrie, et qui ne s'appuie que sur les observations fort nombreuses que nous avons pu noter.

Les *prodromes* consistaient en une sensation de courbature, de faiblesse générale, ajoutée à une inappétence marquée. Un phénomène constant fut la constipation, d'une durée variable, mais qui, généralement, précédait de deux ou trois jours l'invasion de la maladie. Dans quelques cas, il s'agissait de manifestations catarrhales du côté des bronches. Dans d'autres, enfin, la maladie s'annonçait par une invasion brusque, au point qu'en moins d'une heure quelquefois elle se caractérisait par tout le complexus symptomatique que nous allons maintenant décrire.

Le tableau clinique que présentait le malade offrait peu de variations, si bien qu'à sa seule inspection le diagnostic ne tardait pas à se faire. Une céphalalgie frontale très vive, des douleurs au niveau des muscles ou des articulations, une fièvre de 38° à 38°5, des symptômes d'embarras gastrique, avec nausées ou vomissements bilieux, les yeux larmoyants, une toux légère, avec expectoration muqueuse, enfin un malaise général joint à une sensation d'accablement extrême, tels sont les signes par lesquels se révélait tout d'abord la fièvre dengue. Mais il nous faut revenir en particulier sur chacun de ces symptômes. Leur étude nous montrera mieux ainsi quel intérêt se rattache à cette édidémie spéciale d'Alexandrie.

Un des symptômes les plus constants comme aussi des plus pénibles fut une céphalalgie d'une intensité violente. Dès son apparition, les malades étaient contraints de laisser toute occupation pour se condamner à un repos absolu. La douleur était plus spécialement localisée un peu au-dessus de la racine du nez, entre les parties internes des régions sourcilières.

---

Lyon, 6 juillet 1881.

Mon cher aîné,

Vous n'avez fait qu'ouvrir le robinet, et il coule de façon à combler vos désirs en même temps que vos colonnes. S'il appartient à votre modestie d'en être encore plus surpris que charmé, je ne partage, moi, que le second de ces deux sentiments. Car je le connais ce robinet, il fait partie du grand mécanisme du puissant aspirateur, duquel, suivant une comparaison fameuse, le piston est dans votre main, la pointe dans nos quatre-vingt-six départements... et dans mille autres lieux!

Cédant donc à l'aspiration et au besoin de quelque diversion contre les nocturnes douleurs d'un anthrax, — j'imite mon digne collègue Fleury. Il vous a beaucoup dit et bien dit, ce cher condisciple, sauf un souvenir trop personnel pour qu'il ait pu s'en faire l'historien. Ne se rappellerait-il plus l'entrevue que son vénéré père eut, en le présentant lui, en 1832, avec Dupuytren en plein amphithéâtre? Pour moi, ce jour est demeuré ineffaçable, à cause de la franche expression de cordialité émue que prit la figure impassible du *baron*, en serrant la main de son vieux camarade. C'est une des quatre ou cinq occasions, où, en trois ans, il m'ait été donné de le surprendre dans son déshabillé de chirurgien en chef, c'est-à-dire en *homme*. Fleury père espérait et demandait beaucoup pour son fils. Dupuytren promit; nul n'ignore qu'ils ont été deux à tenir, à tout tenir !

Votre récit de l'opposition faite au professeur Cruveilhier m'a vivement touché. Mais pourquoi rester à moitié chemin? Cette opposition, apaisée alors, ressuscita plus ardente en novembre 1830. Le parti, tout puissant alors, — et tout puissant de la veille, — entreprit de rendre le cours d'anatomie impossible. A l'ouverture, puis à chaque leçon, une bordée de huées, de sifflets, d'injurieuses interpellations attendait le professeur. Or, que lui reprochait-

Elle était exaspérée par le moindre bruit et le moindre mouvement de la tête. Presque toujours les globes oculaires participaient à la souffrance, d'où l'occlusion des paupières et l'immobilité complète des yeux. Dans quelques cas, la douleur fut accusée tantôt à la région frontale, tantôt à la nuque, ou bien encore au cou, et principalement à la région mastoïdienne.

Ces souffrances n'étaient pas les seules. Presque tous les malades présentèrent en outre dans les membres des douleurs d'intensité et de siège variables, mais en somme bien caractéristiques de l'affection. Souvent elles se localisaient dans la continuité des membres, paraissant ainsi se produire aux dépens des parties musculaires ou osseuses; dans plusieurs cas, elles atteignirent un degré d'acuité extrême au point de faire pousser aux malades les cris les plus lamentables. D'autres fois elles ne siégèrent qu'au niveau des articulations, se limitant surtout aux phalanges, à l'épaule, aux pieds ou aux genoux. Jamais cependant les surfaces articulaires atteintes ne présentèrent du gonflement, de la rougeur, ni même une augmentation perceptible de la chaleur. Chez plusieurs malades, la douleur fut perçue le long du rachis, et plus spécialement dans la région rénale.

Les phénomènes d'embarras gastrique étaient aussi variables dans leur apparition et leur intensité. La langue était recouverte d'un enduit saburral blanchâtre assez épais, mais qui en respectait les bords et la pointe. Ceux-ci apparaissaient rouges, un peu œdématiés et dentelés par suite de la pression des dents. Plusieurs malades eurent de la stomatite, avec des gencives gonflées, saignantes au moindre contact. De plus, la perception gustative fut presque toujours pervertie, donnant place à une sensation d'amertume qui se communiquait à toute espèce d'aliments. Dans beaucoup de cas, il exista en même temps tous les signes d'une angine catarrhale.

Du côté de l'estomac, les symptômes furent toujours prédominants et fort accentués. C'était une pesanteur des plus pénibles, avec un point douloureux à la région épigastrique, ou bien encore il s'agissait d'un véritable accès gastralgique. Habituellement s'ajoutaient les nausées qui ne tardaient pas à être suivies de vomissements. Ceux-ci étaient parfois provoqués par l'ingestion d'un aliment, mais le plus souvent ils survenaient spontanément et alors ils consistaient en matières muqueuses ou bilieuses dont le rejet paraissait pour un moment soulager le malade. Leur fréquence était variable. Elle fut si considérable dans quelques cas que les patients, par suite d'un épuisement nerveux, arrivèrent à un état syncopal des plus alarmants. Mon savant collègue le docteur Demech a observé deux faits remarquables de ce genre, où la guérison ne s'obtint qu'au prix de vives inquiétudes.

A la constipation, qui était de règle, se joignait quelquefois le ballonnement du ventre. Ces deux symptômes ne cédaient qu'à l'administration d'un purgatif énergique.

Nous avons signalé l'angine catarrhale; nous noterons aussi un catarrhe des bronches : râles sibilants et ronflants, expectoration muqueuse.

Tout cet appareil symptomatique s'accompagnait d'un mouvement fébrile, généralement peu

---

on donc? de ne pas savoir l'anatomie? d'être inexact? sévère aux examens?... Pis que tout cela. On l'accusait, — et avec quelles vociférations! — d'aller à la messe!!!

Mon Dieu! il eût bien pu répondre à ses interrupteurs : « Qui de vous m'y a vu? » Mais c'est plus noblement qu'il tint tête à l'orage. Seul, sans vouloir l'appui du doyen, il nous adjurait paternellement de rentrer dans l'ordre. « Cessez vos applaudissements, disait-il à ses partisans. Faites le silence autour des siffleurs. Ils seront bien vite déconcertés par leur petit nombre. » — Parfois : « Ne vous laissez pas égarer par des mots, mes amis. Faites que nous puissions travailler ensemble. » — Un jour enfin, dans une véhémente apostrophe : « Ce sont des Vandales, qui veulent nous opprimer au nom de la liberté! »

Mais un allié plus fort que cette voix éloquente plaidait sa cause : c'était la figure même du professeur. On n'a pas été pendant quarante ans profondément honnête sans qu'il y paraisse, mon cher collègue. S'il est vrai que *la fonction fait l'organe*, jamais la loi ne trouva de plus flagrante application. En face de cette probité visiblement incarnée, de cette loyauté rayonnante, l'indécision des premiers jours se dissipa rapidement. Et nos applaudissements, — j'écris avec fierté, *nos*, — eurent bientôt fait à l'éminent professeur une investiture cette fois définitive. — Je devais, interne en 1835, retrouver Cruveilhier, comme chef de service, à la Salpêtrière, et je pus alors voir de près, voir à l'œuvre, ces vertus dont j'avais eu dès 1830 comme l'instinctif pressentiment. — Mais ne nous attendrissons pas, et passons à Breschet.

Gilbert Breschet, *chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu*, ainsi qu'il signait lui-même lorsqu'il voulait prendre tous ses titres, était un bon chirurgien, quoique médiocre opérateur. Il sauvait ses opérés, à Saint-Côme et à Sainte-Agnès, salles situées au-dessous et au-dessus de Saint-Jean, où Dupuytren perdait les siens en nombre bien supérieur. Ceci n'a jamais été

accentué. La température, sauf chez les enfants, montait rarement au delà de 38° à 38°,5. Le pouls était fort, vibrant, la respiration fréquente, les pommettes colorées. Ajoutons à cela une dépression marquée des forces, une inappétence absolue, une soif intense, et nous aurons donné la physionomie que présentait dès le début le malade atteint de la fièvre dengue.

Les deux premiers jours, l'état du patient était sensiblement stationnaire, si ce n'est que, pendant la nuit, par le fait de l'aggravation des douleurs, l'insomnie était complète, et que le matin la fièvre offrait une légère rémission. Mais en général, dès le troisième jour, se présentait un nouveau signe qui avec la céphalalgie et les douleurs musculaires ou articulaires forme une trilogie symptomatique qui peut être considérée comme pathognomonique de la fièvre dengue.

Nous voulons parler de l'apparition d'un exanthème cutané, lui aussi bien sujet à variations. Nous pouvons avancer avec raison que l'éruption de l'erythème, de la rougeole, de la scarlatine, de la variole même s'est offerte à notre observation, quelquefois d'une façon discrète, d'autres fois sur la totalité du corps. Néanmoins le siège le plus fréquent était la région postérieure du coude, la partie dorsale de la main, la face et en particulier le cou. Dans un cas nous constatâmes de véritables vésicules d'eczéma; mais un fait plus remarquable fut un érysipèle de la face chez la femme d'un médecin, qui se traduisit par un gonflement intense des joues, des paupières, voire même des oreilles, et qui disparut entièrement au bout de 36 heures, sans amener aucun accident.

Dans quelques cas, l'éruption fut à peine sensible. On notait seulement en certains points de la surface cutanée une coloration rougeâtre, si peu accentuée qu'elle pouvait fort bien échapper à un examen peu approfondi, et cela d'autant mieux que souvent elle ne persistait que quelques heures. Disons enfin que quelques malades ne présentèrent aucune espèce d'éruption.

Quoi qu'il en soit avec l'apparition de l'exanthème coïncidait généralement une détente générale de tous les symptômes. La fièvre tombait, les douleurs cessaient, l'estomac devenait plus tolérant, enfin les malades se levaient et n'accusaient que de l'inappétence, et une sensation d'accablement général et de faiblesse extrême surtout marquée aux jambes. C'est là une conséquence spéciale à la fièvre dengue, car elle ne fit défaut dans aucun cas, et bien digne d'être notée, quand on considère le peu de durée et de force des symptômes qui la produisaient.

Les jours suivants, le mieux allait toujours en s'accentuant : l'exanthème disparaissait, quelquefois avec desquamation de la peau, en laissant souvent une démangeaison très vive, enfin les malades sortaient, et au bout de une à deux semaines, la guérison était complète.

Quelques malades eurent une première atteinte de la fièvre qui dura trois ou quatre jours, sans s'accompagner de l'éruption. Après un laps de temps semblable, une récidive, amenant le retour de tous les symptômes, ne se jugea que par l'apparition de l'exanthème. Une troisième

---

établi par la statistique; mais c'était le bruit de l'internat... et Malgaigne n'eût pas osé le déclarer insuffisant.

Médiocre opérateur, ai-je dit; opérateur *lent* serait plus juste. Ceci était proverbial. Un sarcastique interne d'alors, Lacroix, l'a consigné par un trait dont rit encore la salle de garde. Un matin, à déjeuner, nous le voyons entrer en courant, et se précipiter à table.

« — Eh ! qu'y a-t-il donc ?

« — Oh ! rien. Breschet fait le pansement d'une opération de sein. Je viens de lier une artère. Pendant qu'il en cherche une autre, j'ai bien le temps de manger mon bifteck ! »

Il se connaissait, d'ailleurs, le digne homme, et savait à merveille utiliser la circonstance atténuante. En voici une, dont j'enrageai alors, que je suis heureux aujourd'hui d'avoir pu lui offrir. En septembre 1833, il remplaçait Dupuytren à Sainte-Marthe, où moi-même je remplaçais momentanément mon cher collègue Dance. Un abcès s'offre à ouvrir. Breschet demande le bistouri. C'était à moi de le donner (l'élève interne, à la visite, était tenu de fournir bistouri, pinces, sonde cannelée). Ma lame, hélas ! ne se trouva pas irréprochable de tranchant. Breschet, au lieu de me le rendre, s'en saisit, — je puis bien dire comme d'une arme défensive, et, la faisant miroiter aux yeux de l'assistance : « Comment veut-on, s'écria-t-il un peu naïvement, que nous ne soyons pas maladroit avec de pareils instruments ! »

Est-ce de là que vint le jeu de mots, fort en vogue, à cette époque, dans le service : « Que voulez-vous qu'on fasse avec un mauvais bistouri *é bréché ?* »

Terminons par un trait qui montre Breschet sous une face plus agréable pour les nombreux amis que lui firent son caractère affable et sa finesse d'esprit.

En ce temps-là, notre ami Rendu était interne de Breschet. L'interne, un peu ami du plaisir, demandait force congés, et toujours motivés par des deuils ou des fêtes de famille :

attaque fut très rarement notée. La convalescence, dans ces cas, fut plus longue et beaucoup plus pénible.

Tel a été le processus le plus ordinaire de l'affection que nous avons observée. Dans quelques cas, cependant, l'acuité de certains symptômes, l'explosion d'accidents divers imprimèrent à la maladie une marche et un aspect qui ne manquèrent pas d'inspirer de vives alarmes.

Chez plusieurs malades, l'éruption tardait à apparaître et ne se manifestait qu'au cinquième, sixième ou même septième jour, et, pendant ce temps, la fièvre et les autres symptômes persistaient d'une manière générale; du reste, nous pouvons dire que l'intensité et la durée de la maladie étaient en rapport inverse avec la précocité et l'abondance de l'éruption. C'est surtout dans les cas où l'exanthème était discret ou tardif, que nous avons pu noter certaines complications plus ou moins sérieuses. Un enfant fut atteint d'un purpura généralisé. Quelques malades à constitution débile présentèrent des hémorrhagies diverses : épistaxis, hématuries avec douleurs au bas-ventre et à la région rénale, hémorrhagies intestinales (deux observ.), et enfin des métrorrhagies chez les femmes. Pour ces dernières, on ne peut nier que la dengue exerça une grande influence sur l'appareil utéro-ovarien. La menstruation s'établissait au moment de la fièvre avec une avance de plusieurs jours. Dans un cas, elle survint pour la première fois chez une jeune fille de 10 ans, du reste très précocement développée. Dans le même ordre d'idées, notons le tarissement de la sécrétion lactée : un enfant de 2 mois, atteint de la dengue, communique la maladie à sa nourrice, qui perd le lait; le même accident arrive à une seconde nourrice. Quelques femmes souffrirent pendant la convalescence d'une douleur assez aiguë dans les régions ovariennes.

Nous avons parlé des douleurs rénales précédant l'apparition de l'hématurie. Elles furent, dans quelques cas, l'origine d'accidents beaucoup plus graves, comme si elles relevaient d'une néphrite parenchymateuse aiguë. Un malade, au second jour, fut subitement pris de convulsions et perte de connaissance. L'anurie étant complète, le malade fut sondé. L'urine contenait une grande quantité d'albumine. Cependant tout alla bien; la guérison était assurée au bout de huit jours. Le même fait a été noté dans trois autres cas par mon excellent confrère le docteur Zancarol. Chez tous, la terminaison fut favorable.

Un malade à habitus apoplectique eut, au troisième jour de la fièvre, une parésie faciale qui dura un jour et cessa avec la chute de la fièvre.

Nous avons eu, en outre, l'occasion d'observer un fait très remarquable dans un grand nombre de cas. Beaucoup de malades, pendant la période d'acuité de la fièvre, eurent comme un retour d'une affection ancienne, mais se reproduisant avec une plus haute intensité. Tels sont les cas de névralgies intercostales, faciales ou bien encore de douleurs du côté de la rate ou des nerfs sciatiques, chez ceux qui antérieurement avaient souffert de fièvres intermittentes ou de névralgies sciatiques. Un malade, médecin, avait eu une pérityphlite qui s'était terminée en laissant du côté de la fosse iliaque une tuméfaction peu sensible. Pendant l'accès de fièvre dengue, les symptômes de son mal précédent reparurent mais pour disparaître entiè-

---

« Monsieur Breschet, il faut que je m'absente, mon oncle est très malade;... on m'attend pour le baptême de ma petite-nièce, etc., etc. » Or, cette parenté-là n'était pas la première venue. Rendu tenait, par sa famille, au Conseil royal de l'instruction publique, à l'Académie des sciences morales, etc., et Breschet, qui visait à l'Institut, avait plus d'une raison pour tenir compte des considérations de cet ordre. Il rechignait donc, mais signait le congé.

Or, un jour que Rendu venait d'obtenir, pour le plus invraisemblable des enterrements, une nouvelle autorisation, voyant son chef de service plus vexé encore que d'habitude, il se rapproche et l'entend grommeler entre ses dents : « C'est bien! c'est bien!... L'année prochaine, je prendrai pour interne un bâtard! »

Adieu, mon cher aîné, je vous quitte, et il s'en fait temps, ce me semble. Puissé-je n'avoir pas transmis à vos maxillaires les oscillations vibratoires que je sens de moins en moins dans mon anthrax.

Votre P. DIDAY.

Merci, mon jeune cadet, de votre aimable épitre! Qui donc la dirait écrite pendant les affres de l'anthrax? Que Dieu vous épargne la terrible et classique incision cruciale!

Dr SIMPLICE.

---

— Une circulaire du préfet de ta Seine aux maires de Paris leur annonce qu'en dehors des heures de bureau des mairies, les médecins de l'état civil auront désormais le droit de réquisitionner des pompes funèbres la mise en bière immédiate des personnes décédées, dans les cas de putréfaction des maladies épidémiques ou contagieuses.

rement au bout de cinq jours avec la cessation de la fièvre. Dans deux autres cas, nous notâmes le retour d'une orchite exactement semblable à une première atteinte, suite de blennorrhagies. Chez ceux qui étaient sujets aux angines ou à la gastralgie, ce fut aussi du côté du pharynx ou de l'estomac que les symptômes furent prédominants.

Enfin une observation plus digne d'intérêt, comme aussi beaucoup plus grave, est celle qui a trait à l'influence qu'exerça la dengue sur l'organe hépatique. Dès le début de l'affection chez plusieurs malades prédisposés, on pouvait noter les symptômes d'une congestion hépatique avec douleurs à l'hypochondre droit et une augmentation plus ou moins notable du volume du foie. Chez d'autres, ces phénomènes furent l'origine d'une véritable hépatite qui présenta cette particularité de se déclarer après un temps assez long à partir de la guérison. Les médecins d'Alexandrie ont été en effet frappés, ces derniers temps, de la fréquence des abcès du foie, ou seulement des hépatites, relativement aux années précédentes. Inutile d'ajouter que ces complications ultimes ont été entachées de leur caractère habituel de gravité.

A part ces cas qui, du reste, ne se rattachent que d'assez loin à la dengue, on a pu voir que le pronostic de cette affection a toujours été favorable. Et, en effet, pendant cette épidémie à laquelle presque tous les habitants ont payé leur tribut, nous n'avons pas constaté et nous ne connaissons pas un seul cas de terminaison funeste.

Le traitement, quel qu'il fût, ne parut pas exercer une grande influence sur la marche de la maladie. Un grand nombre de malades ne firent que de l'expectative. Ils guérirent aussi bien que les autres. Cependant, l'emploi des purgatifs salins, des vomitifs, du sulfate de quinine uni à l'extrait de jusquiame, tout traitement tiré, en somme, des indications locales, eut dans beaucoup de cas une réelle efficacité.

L'étude étiologique de cette épidémie ne présente rien de particulier qui n'ait déjà été noté dans tous les faits que les auteurs ont rapportés. La dengue a atteint un grand nombre de personnes, 90 pour 100 au moins de la population, et cela sans distinction d'âge, de sexe, de race, ou de conditions sociales. Les causes qui ont présidé à son apparition sont encore assez obscures. Ce que l'on peut dire, c'est qu'en 1877 la dengue apparut à Ismaïlia. Elle fut alors l'objet d'un remarquable rapport du vice-président actuel du service sanitaire hygiénique d'Égypte, le docteur Dacorogna.

Nous est-elle venue à Alexandrie d'Ismaïlia après une période de trois ans? Il est vrai d'ajouter qu'elle sévissait cette année en même temps au Caire et dans tous les pays compris entre le Caire et Alexandrie. Nul doute, en conséquence, que la dengue ne soit une affection contagieuse et pouvant être transmise dans un rayon plus ou moins étendu. — Est-ce à dire que l'Europe ne puisse un jour en être atteinte? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

En annonçant à l'Académie la mort de M. Henri Sainte-Claire Deville, le président, M. Wurtz, a rappelé que la principale découverte de son regretté collègue avait été la « dissociation ». Il a donné de ce phénomène la définition suivante :

« On croyait autrefois que la décomposition était un phénomène relativement simple, s'accomplissant et s'achevant pour chaque corps à une température fixe. Notre confrère a montré qu'il n'en est pas toujours ainsi et que la décomposition s'accomplit, dans certains cas, par degrés entre certaines limites de température, de telle sorte qu'elle s'arrête à une température donnée, par la raison qu'il s'établit un équilibre entre le corps qui se décompose et les produits de son dédoublement. Tel est, en peu de mots, ce phénomène de la dissociation, auquel notre confrère n'avait pas donné tout d'abord son expression et sa formule définitives, mais qu'il a conçu dans son étendue et dans son importance, par une sorte d'intuition qui est le don et la marque d'un esprit supérieur. »

Nous reproduisons, dans son texte, le discours prononcé aux funérailles de Sainte-Claire Deville, par M. Pasteur, discours qui, par la forme et aussi par le fond, diffère notablement des allocutions du même genre :

« Cher Deville,

« Un jour, dans l'élan d'une amitié dont tu m'as donné tant de preuves, voulant éloigner de moi l'idée de la mort qui avait de bien près et longtemps veillé à mon chevet, tu me demandais de parler sur ta tombe. Pour me donner l'espoir de vivre, tu cherchais à trahir ta pensée et la mienne. Je ne m'y trompais pas.

« Telle est cependant la fragilité de nos pressentiments, que ton aimable fiction est devenue

la réalité. Me voilà devant ta froide dépouille, obligé, malgré le chagrin qui m'accable, de demander à des souvenirs ce que tu as été, pour le redire à la foule qui se presse autour de ton cercueil. A quoi bon, hélas! Tes traits sympathiques, ta spirituelle gaieté, ton franc sourire, le son de ta voix nous accompagnent et vivent au milieu de nous. La terre qui nous porte, l'air que nous respirons, ces éléments que tu aimais à interroger et qui furent toujours si dociles à te répondre, sauraient au besoin nous parler de toi. Les services que tu as rendus à la science, le monde entier les connaît, et tout homme que le progrès de l'esprit humain a touché porte ton deuil.

« Messieurs,

« Étienne-Henri Sainte-Claire Deville est né à Saint-Thomas des Antilles, de parents français, le 18 mars 1818. Ses études n'étaient pas terminées, qu'il manifesta une passion ardente pour les connaissances chimiques. Celles-ci brillaient alors du plus vif éclat dans notre chère patrie. Les immortels travaux des Thenard, des Gay-Lussac, des Chevreul, des Dumas, des Balard, des Pelouze, enflammaient la fiévreuse activité du jeune créole. Petit de taille, le front haut, l'œil vif, la démarche précipitée, lui aussi eût pu dire : « Mon sang bout dans mes « veines comme les flots dans le Rhône. »

« A peine âgé de vingt ans, il marquait sa place par un travail original dont il agrandit le cadre, dans les années suivantes, en y mêlant tant de preuves d'un esprit inventif et sûr, qu'on eut la hardiesse de l'envoyer dans la capitale de la Franche-Comté, chargé d'organiser la Faculté des sciences nouvellement créée dans cette ville et de la diriger comme doyen.

« Il avait vingt-six ans!... Un doyen de vingt-six ans!... Et pourtant comme il justifia vite la confiance de tous! Le Conseil municipal de Besançon lui demande de faire l'analyse des eaux du Doubs et des nombreuses sources qui environnent la ville. Non-seulement il accepte cette tâche ardue, sans gloire apparente possible, avec le dévouement de l'homme mûr qui cherche la considération dans la cité où il vient d'être accueilli, mais il y trouve l'occasion d'affirmer qu'il est un chimiste de premier rang. Aux procédés d'analyse en usage, le jeune doyen en ajoute de nouveaux, et si exacts, qu'il découvre simultanément la présence des nitrates et celle de la silice dans toutes les eaux, faits confirmés plus tard par notre grand chimiste-agronome Boussingault, qui en signala l'importance agricole. Bientôt après, le même esprit d'exactitude que Deville apporte dans ses travaux lui permet de préparer, par une des opérations les plus simples, l'acide nitrique anhydre, vainement cherché jusque-là.

« Quel glorieux contraste! la précision inventive dans cette jeune tête ardente, pleine d'imagination, de projets, qualités d'esprit parfois si dangereuses et qui paraissaient à tous devoir le conduire, lui personnellement, à la précipitation et à l'erreur!

« Ce talent d'analyste hors ligne qui est un trait du génie de Deville ne l'abandonnera plus, et, si vous parcourez dans son ensemble le champ de son opiniâtre labeur, vous le trouvez, à chaque pas, jalonné par la recherche passionnée des méthodes analytiques les plus parfaites. Cette rigueur dans l'analyse, qui est la probité du chimiste, comme Ingres voulait que le dessin fût la probité de l'art, Deville la communiqua à ses élèves. On la voit briller dans les travaux de tous ceux qu'il a inspirés, Debray, Troost, Fouqué, Grandeau, Hautefeuille, Gernez, Lechartier et tant d'autres.

« Dans notre pays de centralisation excessive, Deville ne devait pas rester longtemps professeur d'une Faculté de province. A trente-trois ans, il succéda à Balard dans la chaire de chimie de l'École normale supérieure. Que nos hommes politiques, que nos hommes d'affaires ou nos grands industriels, ceux-ci enrichis peut-être par les travaux de Deville, saluent en passant le désintéressement du savant! Ce chimiste, déjà consommé, venait à Paris occuper une chaire dont les émoluments s'élevaient à 3,000 francs!... Il était heureux ecpendant, parce qu'il allait redevenir le confident de ses maîtres et pouvoir donner à son activité les ressources de la grande capitale. Quelques années se passent dans des travaux distingués, au milieu de la jeunesse d'élite qu'il embrase de sa flamme, lorsque soudainement Deville se signale par la belle et populaire découverte des remarquables propriétés de l'aluminium, puis, sans désemparer, en quelques mois, par la solution vraiment prodigieuse de toutes les difficultés qui entravaient la fabrication industrielle du beau et curieux métal. Vinrent ensuite ses grandes recherches sur la métallurgie du platine, où l'on vit reparaître avec tant de puissance son talent d'analyste, associé à celui de son éminent élève et ami M. Debray.

« Que n'ai-je le temps de m'y arrêter! Que ne puis-je surtout mettre un instant sous vos yeux le plus beau fleuron de la couronne de notre illustre confrère, ces lois si fécondes de la dissociation, qui trouvent vraisemblablement une de leurs applications aussi surprenantes qu'inattendues et grandioses dans les phénomènes qui se passent à la surface du Soleil!

« Permettez-moi de résumer par un trait la gloire durable de notre ami : pendant que les Wurtz, les Berthelot, les Cahours et leurs émules agrandissaient les méthodes léguées par

les immortels travaux de nos illustres maîtres, les Chevreul et les Dumas, et assuraient à la chimie organique ses plus beaux triomphes, Deville, trente années durant, a tenu, en France et en Europe, le sceptre de la chimie minérale.

« Cher Deville, pardonne-moi cette esquisse si imparfaite de ton œuvre.

« Dirai-je maintenant ce que tu as été dans l'intimité? A quoi bon, encore! Est-ce à tes amis que je rappellerai la chaleur de ton cœur? Est-ce à tes élèves que je donnerai des preuves de l'affection dont tu les enveloppais et du dévouement que tu mettais à les servir? Vois leur tristesse. Est-ce à tes fils, à tes cinq fils, ta joie et ton orgueil, que je dirai les préoccupations de ta paternelle et prévoyante tendresse? Est-ce à la compagne de ta vie, dont la seule pensée remplissait tes yeux d'une douce émotion, qu'il est besoin de rappeler le charme de ta bonté souriante?

« Ah! je t'en prie, de cette femme éperdue, de ces fils désolés, détourne tes regards en ce moment. Devant leur douleur profonde, tu regretterais trop la vie! Attends-les plutôt dans ces divines régions du savoir et de la pleine lumière, où tu dois tout connaître maintenant, où tu dois comprendre même l'infini, cette notion affolante et terrible, à jamais fermée à l'homme sur la terre, et pourtant la source éternelle de toute grandeur, de toute justice et de toute liberté. »

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE SUR L'ÉTAT MENTAL ET LES TROUBLES PSYCHIQUES DES CARDIAQUES, par le docteur Léon D'ASTROS. — In-8°, 1881, Delahaye et Lecrosnier.

Cette thèse inaugurale a pour sujet l'étude clinique des troubles des facultés intellectuelles dans le cours des maladies du cœur et pour but la démonstration des rapports plus ou moins directs entre ces phénomènes et la marche des accidents cardiaques. Les observations, au nombre de 38, dont 9 inédites, sont relatives à l'hystéricisme ou hystérie cardiaque, à l'affaiblissement intellectuel et à la démence, à la lypémanie, aux impulsions irrésistibles, aux hallucinations, au délire mélancolique, maniaque et incohérent. C'est donc un recueil de documents cliniques intéressants et utiles à consulter sur la question encore controversée de l'origine cardiaque de ces troubles psychiques. — Ch. É.

## FORMULAIRE

POTION CONTRE LA CYSTITE CHRONIQUE. — GOSSELIN.

| | | |
|---|---|---|
| Acide benzoïque | de | 1 à 3 grammes. |
| Glycérine neutre | de | 4 à 6 grammes. |
| Julep gommeux | | 150 grammes. |

F. s. a. une potion à donner par cuillerées, dans le cas de cystite du col, pour empêcher l'urine d'exhaler une odeur ammoniacale. — Ce résultat s'obtient généralement dans l'espace de 7 ou 8 jours. On commence par 1 gramme d'acide benzoïque, pour arriver rapidement à 3 et 4 grammes par jour. — N. G.

## COURRIER

HÔPITAUX DE LYON. — Le 12 décembre prochain, il sera ouvert un concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le chirurgien-major nommé entrera en fonctions le 1er janvier 1887, comme chirurgien aide-major, à l'hôpital de la Croix-Rousse; le 1er janvier 1893, comme chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu; le 1er janvier 1899, comme chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu. Les fonctions expireront le 31 décembre 1904.

Jusqu'au 1er janvier 1887, il remplira les fonctions de chirurgien suppléant pour tous les services de chirurgie, dans tous les établissements de l'Administration.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

## DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS;

**Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 23 juin 1881,**

Par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Les premières expériences de traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées paraissent dues au professeur Scarenzio (de Pavie), qui, en 1854, employa le calomel préparé à la vapeur en suspension dans la glycérine. Voici sa formule (*Annales universelles de médecine*, 1864) :

| | |
|---|---|
| Calomel. . . . . . . . . . . . . . . . . . | 20 à 30 centigr. |
| Glycérine ou mucilage ou eau . . . . . . | 1 gramme. |

(Une ou deux injections suffisent pour faire disparaître les accidents. Les effets salutaires ne se manifestent que huit ou quinze jours après l'injection.)

Dans les 8 observations publiées par l'auteur, le résultat fut satisfaisant, sauf cependant que, dans quelques cas, de petits abcès se formèrent au point piqué.

Le procédé de Scarenzio fut essayé quelque temps après, en 1864 et 1865, à l'hôpital des Vénériens de Milan, par le docteur Ambrosoli. Les résultats furent à peu près semblables à ceux obtenus par Scarenzio.

Il en fut de même pour les injections pratiquées plus tard, et toujours en Italie, par Riccordi et Monteforte, Soresina et Bertarelli.

En Angleterre, Barclay-Hill employa, en 1866, les injections de sublimé dans 11 cas de syphilis, à la dose de 1 milligramme. Elles furent bien supportées. Lorsque cette dose fut dépassée, il y eut hydrargyrie, coliques, diarrhée, accidents locaux.

En Allemagne, Georges Lewin, médecin de la Charité de Berlin, fit des expériences en 1868 sur une vaste échelle. Il employa le sublimé dissous dans l'eau distillée à la dose de 5 à 10 milligrammes. Dans quelques cas, il ajoutait de la morphine pour rendre l'injection moins douloureuse. La moyenne du nombre des

# FEUILLETON

## RECHERCHES ETHNOGRAPHIQUES SUR LE TATOUAGE

### CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE DE SA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE (1);

Par le docteur E. MAGITOT,

Secrétaire général adjoint de la Société d'anthropologie de Paris, Lauréat de l'Institut, etc.

Le tatouage par piqûre était d'un usage immémorial chez une foule d'insulaires de la Polynésie et de la Malaisie; on l'a retrouvé aussi chez certaines tribus Tongouses qui font pénétrer dans la peau des couleurs diverses et du charbon pulvérisé. Il en est de même chez les Néo-Zélandais. Dans ces différentes régions, ce sont les vieilles femmes qui pratiquent le tatouage. Ailleurs, comme chez les Alfourous, ce sont les prêtres qui opèrent en personne.

Tantôt les dessins sont grossiers comme chez certaines tribus guerrières, tantôt le tatouage est fin et délicat comme celui des femmes de l'archipel de la Société, et à Tahiti il est d'une rare élégance, formant des séries pointillées sur les lèvres ou des raies bleues sur les joues, le front, les épaules ou les seins.

D'autre part, Cook qui a figuré plusieurs instruments de tatouage, a vu des guerriers Maoris qui s'étaient fait tatouer la moitié du corps, tandis que l'autre restait libre.

Aux îles Marquises, le même procédé s'emploie pour caractériser non-seulement certaines

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 juillet.

injections a été de 16 pour chaque malade, et la quantité totale de sublimé injecté à chacun d'eux de 15 centigrammes. Les résultats auraient été satisfaisants.

M. Hardy ayant institué, chez un certain nombre de malades à l'hôpital Saint-Louis, le mode de traitement préconisé par Barclay-Hill et G. Lewin, fut obligé d'y renoncer par suite de la douleur, des abcès, des eschares que déterminaient les injections.

Il en fut de même pour M. Diday.

Parmi les médecins qui répétèrent les injections sous-cutanées selon la méthode de Georges Lewin, je citerai les docteurs Cl. Bœse (1868), Klemm (1869), Mencheim Grünfeld, Stöhr (1869).

Liégeois communiqua les résultats suivants à la Société de chirurgie, dans les séances des 2 et 9 juin 1869. Il employait la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . | 90 grammes. |
| Sublimé . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 0 gr 20 centigr. |
| Chlorhydrate de morphine. . . . . . . . | 0 gr 10 centigr. |

Ce qui fait un peu plus de 2 milligrammes de sublimé pour une seringue de Pravaz contenant 1 gramme.

Pas de réaction inflammatoire au niveau de la piqûre. Dans 2 cas seulement il y eut une légère eschare. Douleur insignifiante. 4 cas de salivation légère sur 196 sujets. Deux injections par jour ont été pratiquées sur chaque malade. La durée moyenne du traitement a été de 37 jours. Les récidives sont dans la proportion de 37,50 p. 100.

En outre, le traitement nouveau guérit beaucoup plus rapidement que le traitement par la voie stomacale.

M. Liégeois conseille donc d'employer ce traitement de préférence à tout autre, prétendant que les malades pourront très bien se faire eux-mêmes leur injection sans recourir au médecin.

M. Aimé Martin (Société de médecine, 7 août 1868), préconise la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Bi-iodure de mercure et de potassium. . | 0 gr 40 centigr. |
| Chlorhydrate de morphine. . . . . . . . | 0 gr 05 centigr. |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . | 10 grammes. |

tribus, mais encore les castes et les divisions sociales. C'est ainsi qu'il y a un tatouage particulier pour les esclaves et les domestiques; un autre pour les veuves; un autre pour les guerriers. Ce dernier, pratiqué après un combat ou une conquête, devient signe de noblesse (1) et la forme ou les dessins adoptés se transmettent aux descendants qui se font gloire de porter ainsi sur la peau le blason de leurs aïeux.

En Chine, à l'île de Haimam, les Seng-li se tatouent le visage par la même méthode (2) et au Japon, les plongeurs se couvrent tout le corps d'un tatouage très serré destiné à effrayer les poissons carnassiers qui s'attaquent à l'homme (3). On peut ajouter que chez certaines peuplades, le tatouage ne reste pas exclusif à la peau, car les femmes de Sénégambie se dessinent aussi sur les lèvres et les gencives des dessins colorés par l'indigo.

D'autres applications du tatouage ont été signalées par les auteurs; ainsi, dans l'Indo-Chine le tatouage qui s'effectue aussi par piqûres est fort intéressant à étudier et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici une note qu'a bien voulu rédiger pour nous sur cette question notre ami M. le docteur Armand. Voici cette note :

« Les Annamites, qui se tatouaient généralement tous autrefois, d'après leurs annales, ont « depuis longtemps abandonné cette coutume.

« Les Cambodgiens se tatouent généralement peu, au moins dans le sud. Dans le Laos, « presque tous les hommes sont tatoués, en tatouages noirs dans l'immense majorité des cas,

(1) Foley, *Quatre années en Océanie*, Paris, 1875.

(2) D'Hervey-Saint-Denis. Extrait de l'*Ethnographie des peuples étrangers*, de l'écrivain chinois Ma-Touan-Lin, t. II, p. 401.

(3) E. Martin. *Histoire des Monstres*, Paris, 1879, p. 252.

Injection : 10 gouttes tous les deux jours. On mélangera la morphine et le biiodure au moment de s'en servir, pour éviter le précipité.

Guérison rapide et sans accidents.

Bricheteau (*Bulletin de thérapeutique*, 1869), donne la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Iodure double de mercure et de sodium. | 1 gr 50 centigr. |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . . | 100 grammes. |

Une à deux injections par jour, de 5 à 10 gouttes chaque fois. Chaque gramme de solution contient 1 centigramme de sel mercuriel.

M. L. Belhomme emploie la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Iodure double de mercure et de morphine. | 0 gr 50 centigr. |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . . | 20 grammes. |

Injectez 5 à 10 gouttes par jour.

Solution de Staub, 1872 (Bouchardat) :

| | |
|---|---|
| Sublimé. . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 gr 25 centigr. |
| Chlorure d'ammonium. . . . . . . . . . | 1 gr 25 centigr. |
| Chlorure de sodium . . . . . . . . . . . | 1 gr 15 centigr. |
| Blanc d'œuf . . . . . . . . . . . . . . . . | N° 1. |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . . | 250 grammes. |

Cette dernière solution, désignée par son auteur « solution de chloro-albuminate de mercure » marque un progrès notable.

M. Mialhe, en effet, venait de montrer que les injections sous-cutanées d'une solution de bichlorure de mercure ne peuvent être absorbées que lorsqu'elles ont fait subir aux matières albuminoïdes contenues dans le tissu cellulaire une modification telle, qu'il se produit aux dépens de ces éléments un véritable albuminate de mercure facilement absorbable.

La coagulation ainsi obtenue dans le tissu cellulaire serait la cause principale de la douleur, de la formation de nodosités ou même de la mortification des tissus Il était donc rationnel d'employer en injections une solution d'albuminate de mercure capable d'être absorbée directement. (M. Terrillon, *Bulletin de Thérapeutique*, 4e, 5e, 6e livraisons, 1880.)

---

« représentant en général surtout sur les pectoraux et à l'épaule sur une ligne verticale séparant « le deltoïde en deux moitiés égales, des caractères siamois ou laotiens dont je ne connais pas le « sens. Les tatouages sont ensuite fréquents aux jambes où ils représentent un anneau enser- « rant la partie supérieure de l'un des mollets. On voit aussi souvent, toujours sur le mollet, « des figures représentant un Krout (garouda de la mythologie brahmanique), un naga ou « dragon, un tigre, etc. Cette dernière figure aurait pour but de préserver des attaques du « grand carnassier. On emploie aussi le tatouage dans une intention curative et il est bien « évident que dans les cas de névralgie, l'opération assez douloureuse et suivie d'une inflam- « mation parfois intense pour nécessiter plusieurs séances, peut avoir un effet dérivatif « salutaire.

« Chez les sauvages que j'ai visités, je n'ai rencontré de tatouages réguliers ethniques que « dans la vallée du Sé-Beng-hieng. Là les hommes et les femmes ont la lèvre supérieure ta- « touée en bleu plus clair que celui qui donne les couleurs noires. Je ne sais de quelle sub- « stance ils se servent.

« Dans le nord du Laos et au Yun-Nan, les tatouages prennent une importance de plus en « plus considérable. On trouve dans les planches de l'atlas de l'exploration du Me-Kong, « toute une série de dessins qui en disent plus long qu'une description minutieuse. Ces ta- « touages servent même là à distinguer les populations (Laos, ventre noir).

« Voici comment se pratique le tatouage qui, au Laos, est confié aux bonzes :

« L'on dessine d'abord sur la peau les lignes que l'on veut suivre, hachures, dessins quel- « conques, lettres, animaux, etc. Puis, avec un instrument de bronze ou de fer, formé d'une « tige de 20 à 25 centimètres de longueur, terminée par deux pointes rapprochées ou parfois « par un assez grand nombre d'aiguilles plus fines enduites du mélange de noir de fumée et

La thèse de M. Cotte (Paris, 1873) contient quelques intéressants détails sur cette question.

Malgré ce progrès ainsi réalisé, il survint encore un grand nombre d'accidents qui firent rejeter les injections sous-cutanées de la thérapeutique de la syphilis. Toutefois, les expériences se poursuivirent et les auteurs cherchèrent de nouveaux composés mercuriels. Ainsi, Cullingworth employa le bicyanure de mercure en dissolution dans la glycérine et l'eau distillée. — Sigmund employa la même formule.

A. Martin unit le biiodure de mercure à l'iodure de potassium dans l'eau distillée. Nous avons donné plus haut la formule.

Bamberger, le premier, fit entrer dans la formule des injections hypodermiques, la peptone préparée avec soin et chimiquement pure.

La préparation de *peptonate de mercure*, d'après les indications de cet auteur, est la suivante : on fait une solution de sublimé dans l'eau au 5/100e et une solution de chlorure de sodium au 20/100e. On dissout 1 gramme de pepsine de viande dans 50 centimètres cubes d'eau distillée et on filtre. On ajoute à cette liqueur filtrée 20 centimètres cubes de la solution de sublimé au 5/100e et on dissout le précipité qui se forme avec la quantité nécessaire (15 à 16 centimètres cubes environ) de la solution de chlorure de sodium. On verse alors la liqueur dans un vase cylindrique gradué et on ajoute de l'eau distillée jusqu'à atteindre 100 centimètres cubes. Préparée ainsi, la liqueur est à 1 centième, c'est-à-dire que chaque centimètre cube contient 1 centigramme de mercure combiné avec la pepsine. On couvre le vase, on laisse la liqueur reposer quelques jours. Il s'en sépare une petite quantité de précipité cotonneux blanchâtre (peut-être de l'albumine contenue encore dans la pepsine). On filtre, et la liqueur est préparée.

On injecte 1 centimètre cube, c'est-à-dire 1 centigramme tous les trois ou quatre jours. Répétée plus souvent, cette injection ne tarde pas à produire de la salivation, des abcès.

Cette solution de Bamberger fut employée par Zeissl et Neumann et par le professeur Van Rinecker, à Wurzbourg. C'est elle qu'employa l'an dernier mon collègue et ami M. Terrillon, au début de ses expériences (*Bulletin de Thérapeutique*, 1880, nos 4, 5, 6), puis il employa la formule suivante, que lui prépara M. Yvon :

---

« d'huile qui sert à enduire les caractères gravés à la pointe sur les feuilles de palmiers des « manuscrits, l'opérateur pratique une série de piqûres très rapidement faites. Le patient « paraît ressentir une assez vive souffrance. »

D'après M. Miklucho-Maclay, les femmes de l'archipel Pilan se font tatouer le mont-de-Vénus et dans les peuplades de l'Arizona de l'Amérique du Sud, le tatouage est appliqué à titre de châtiment pour marquer un coupable (1).

Le mode opératoire très bien étudié par le docteur Berchon (2) consiste tantôt dans l'emploi d'aiguilles soit isolées, soit accouplées et introduites doucement ou brusquement, tantôt verticalement tantôt obliquement, parfois enfin frappées avec un marteau.

C'est le procédé usité en Europe; tantôt au moyen d'arêtes de poissons, de parcelles d'os, de dents de requins, d'épines végétales, ainsi que cela se pratique en Afrique et dans le Nouveau-Monde.

Les substances colorantes sont très nombreuses, le charbon pulvérisé et mélangé à des matières grasses, les sucs rouges de certaines plantes et dans les temps plus récents, l'encre de Chine, l'indigo et les diverses couleurs du commerce.

Quant aux dessins et ornements fixés ainsi sur la peau, ils représentent tout ce que la fantaisie humaine peut imaginer : lignes parallèles, arabesques, vermiculations, croix, ondulations diverses, portraits grossiers d'animaux, de plantes, dessins érotiques, etc.

2° *Tatouage par incisions.* — Ce mode de tatouage se présente sous deux variétés, l'une

(1) *Zeitschrift für ethnologie*, 1879, p. 334.
(2) *Loco cit.*, Paris, 1869.

| | |
|---|---|
| Bi-iodure de mercure . . . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Iodure de potassium. . . . . . . . . . . . | 1 — |
| Phosphate tribasique de soude. . . . . . | 2 — |
| Eau distillée pour 50 centimètres cubes. | |

Ces deux formules (celle de Bamberger et celle d'Yvon) produisirent quelques inconvénients locaux variables : douleurs, nodosités, engourdissements plus ou moins persistants, mais pas d'accidents sérieux tels qu'abcès ou eschares.

Signalons, en dernier lieu, les préparations faites soit avec le lactate de mercure, le phosphate, l'acétate, le bi-iodure ou avec l'éthyl sublimé, etc.

Désireux, à mon tour, d'étudier cette question des injections sous-cutanées mercurielles au point de vue de la thérapeutique de la syphilis, surtout lorsqu'il s'agit d'accidents graves, d'accidents malins et de malades qui ne peuvent supporter les préparations hydrargyriques par la voie stomacale, je priai M. Delpech, pharmacien, mon collègue à la Société de thérapeutique, de me préparer une solution de peptonate de mercure. M. Delpech se mit immédiatement à l'œuvre avec un zèle dont je ne puis que le remercier. Voici la note qu'il m'a remise relativement à la solution de peptone mercurique ammonique qui m'a servi aux expériences que j'ai instituées à l'hôpital de Lourcine à partir du 12 avril 1881 :

« Pour répondre aux intentions de mon bien excellent ami, M. le docteur Martineau, qui désirait employer une préparation connue sous le nom impropre de peptonate de mercure, je me suis occupé, vers la fin de l'année dernière, de l'obtention de ce composé mercurique. Il s'agissait d'obtenir un produit où la peptone combinée au sublimé corrosif constituerait une préparation stable exactement dosée quant au sel mercurique, et pouvant fournir une solution de bonne conservation pour l'usage hypodermique.

La peptone en général, et surtout la peptone sèche, doit être de préparation irréprochable ; aussi ai-je dû me livrer à de nombreux essais avant d'obtenir la *peptone mercurique ammonique* dont voici la composition :

| | |
|---|---|
| Bichlorure de mercure. . . . . . . . . . | 10 grammes. |
| Peptone sèche (de Catillon) . . . . . . . | 15 — |
| Chlorure d'ammonium pur. . . . . . . . | 15 — |

1 gramme de cette peptone mercurique ammonique représente 0,25 centigrammes de sublimé.

---

consistant dans de simples scarifications assez analogues à celles qui résultent de l'application de nos ventouses (*Tatouage par mouchetures*), l'autre comprend une série d'incisions plus étendues dont on éloigne soigneusement les bords de façon que la cicatrisation laisse sur les téguments des plaques blanches et décolorées comme le sont les entailles sur un jeune arbre. *C'est un tatouage par cicatrice.*

Le procédé par mouchetures est très répandu chez les nègres qui s'en couvrent le visage et parfois toute la surface du corps. Il sert chez eux à différencier les tribus et comme il arrive parfois qu'un nègre émigre d'une tribu dans une autre, on peut observer sur son visage deux systèmes de mouchetures superposées.

Le procédé par larges incisions est plus particulier à la Mélanaisie. Cameron et Schweinfurth l'ont aussi rencontré dans les tribus de l'Afrique centrale ; mais c'est dans cette région surtout que les mélanges de procédés sont assez accentués pour permettre de ranger les opérations dans le système du tatouage mixte.

Le tatouage par cicatrice serait du reste presque aussi ancien que le procédé par piqûre. Quelques historiens rapportent même qu'il était en usage chez certains peuples qui envahirent l'Europe. C'est ainsi que d'après Ammien Marcellin (1) les cavaliers d'Attila avaient le visage couvert de cicatrices.

(1) Cité par Lagneau, *Anthropologie de la France,* Diction. encyclop., article *France,*

*(La fin au prochain numéro.)*

Je me suis arrêté à cette formule parce qu'elle a fourni les meilleurs résultats; d'abord parce que la peptone sèche de M. Catillon est un produit exceptionnel comme pureté et comme préparation; ensuite parce que le chlorure d'ammonium pur est le meilleur dissolvant des substances albuminoïdes mercurielles, si faciles à précipiter.

Comme j'ai pu observer que ce qu'on a dénommé peptonate de mercure se comporte exactement comme l'albuminate de mercure et fournit les mêmes réactions chimiques, j'ai augmenté la proportion de peptone sèche dans la préparation pour qu'elle soit en excès sur le sel mercurique, et j'ai préféré le chlorure ammonique aux autres chlorures alcalins, parce que le précipité qui se produit dans les solutions de peptone mercurique redevient soluble dans un excès de peptone, et surtout à la faveur d'une solution de chlorure d'ammonium pur.

*Solutions pour injections hypodermiques.*

| | |
|---|---|
| 1° Peptone mercurique ammonique. . . . . | 0 gr 40 centigr. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . | 30 grammes. |

Cette solution représente 4 milligrammes de sublimé par injection d'une seringue renfermant 1 gr. 20 centigr.

Cette préparation est de bonne conservation pour quelques jours.

En voici une plus stable :

| | |
|---|---|
| 2° Peptone mercurique ammonique. . . . . | 0 gr 40 centigr. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . | 25 grammes. |
| Glycérine neutre. . . . . . . . . . . . . | 6 — |

Même dosage que le n° 1.

La préparation suivante peut être considérée comme tout à fait stable:

| | |
|---|---|
| Glycérine neutre. . . . . . . . . . . . . | 36 grammes. |
| Peptone mercurique ammonique. . . . . | 0 gr 40 centigr. |

Même dosage. 4 milligrammes de sublimé par seringue de 1,20. »

Depuis le 12 avril, 51 malades ont été traitées par les injections sous-cutanées avec la solution de peptone mercurique d'abord chlorurée sodique, puis ammonique et glycérée. Le nombre des injections pratiquées est, au 21 juin, de 751.

Au début de mes expériences, n'ayant aucun renseignement sur l'action locale et générale de cette solution, j'ai dû procéder avec lenteur et circonspection. Aussi ai-je commencé par une première série de malades, chez lesquelles j'injectai tous les trois jours une solution contenant 2 milligrammes de sublimé par centimètre cube. Parallèlement une deuxième série de malades était traitée tous les trois jours aussi par une solution plus concentrée (4 milligrammes de sublimé par centimètre cube). Le contenu d'une demi-seringue de Pravaz représentant 2 milligrammes de sublimé était injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané. Chaque série comprenait dix malades. Voyant qu'aucun accident local ou général ne survenait, j'instituai de nouvelles séries d'expériences. Les injections furent pratiquées tous les deux jours (3e série), puis tous les jours (4e série). La quantité de sublimé resta la même (2 milligrammes). Puis, pour obtenir des effets thérapeutiques plus prompts et m'assurer des doses de sublimé que l'on pouvait injecter dans le tissu sous-cutané, sans produire d'accident local ou général, j'augmentai la dose de sublimé. Ainsi 3 milligrammes furent injectés tous les jours (5e série); puis 4 milligrammes (6e série), et, enfin, 5 milligrammes (7e série). C'est la dose à laquelle je suis arrivé aujourd'hui. Cette dose, que j'expérimente seulement depuis le 21 juin, est facilement supportée par les malades. La solution est plus concentrée; elle contient 8 milligrammes de sublimé par centimètre cube. Les malades n'accusent aucune douleur, il n'existe aucune réaction locale, et je n'ai vu survenir aucun accident d'hydrargyrie. Je me propose d'élever encore cette dose, de la porter successivement à

6, 7 et 8 milligrammes tous les jours. Je ferai connaître dans une deuxième note les résultats de cette nouvelle série d'expériences. Avant de mettre en relief les particularités intéressantes de cette expérimentation, je vais donner le résumé des observations recueillies avec le plus grand soin par mon excellent interne, M. de Molesnes.

*(La suite dans un prochain numéro.)*

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

### NOTE SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS VASCULAIRES SANGUINES DE LA PEAU.

M. le docteur Quantin (de Château-Gontier) nous communique les observations suivantes, relatives à l'emploi du baume du commandeur en injections, dans le traitement des tumeurs érectiles. « J'ai obtenu, dit-il, à l'aide du baume du commandeur, de si beaux résultats, et il m'a paru joindre à un emploi facile une si complète innocuité, que je crois devoir le signaler à mes confrères. »

Obs. I. — Il y a quelques années, le sieur X..., demeurant au Pâtis-d'Aré, m'apporta son enfant, qui, très robuste, d'un tempérament sanguin, était âgé de deux mois.

Cet enfant portait, à la partie la plus saillante de la pommette gauche, une tumeur arrondie, présentant le relief et la forme d'une pastille de Vichy.

Cette tumeur paraissait avoir pour siège les couches profondes du derme; sa couleur était rouge mat; la pression ne la réduisait qu'imparfaitement.

D'après les parents, cette tumeur, qui était très petite à la naissance, s'était accrue subitement. La mère me montra en outre, sur le crâne, à peu de distance du point de jonction de l'occipital avec le pariétal gauche, une autre tumeur sanguine. Cette dernière, de la dimension et du relief d'une petite pastille, était d'un rouge vif et n'était recouverte que par une mince pellicule semblable à une peau d'oignon.

Je proposai aux parents une injection au perchlorure de fer, et j'allais me mettre à l'œuvre quand, jetant les yeux sur une bouteille de baume du commandeur, dont je venais de me servir pour réprimer une hémorrhagie dentaire, je songeai à l'employer en injection.

Je piquai la tumeur siégeant à l'occiput avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz chargée de baume et je donnai quelques tours de vis. Quand quelques gouttes eurent pénétré, la tumeur prit une couleur gris cendré et la consistance d'une goutte de cire. Je comprimai avec une bandelette collodionnée. Trois jours après, la tumeur s'était aplatie, parcheminée, sans traces de suppuration.

Enhardi par ce succès, j'injectai la tumeur siégeant à la pommette, et je fis pénétrer, par quatre piqûres périphériques, assez de baume pour solidifier la tumeur et lui donner une couleur gris cendré. Quand il y eut *saturation*, le liquide introduit par les dernières piqûres ressortit par les premières en conservant sa couleur, mais non sa limpidité. Dans ce cas, comme dans le précédent, la consistance devint celle d'une goutte de cire. Je recouvris de taffetas collodionné.

Au bout de quatre jours, je constatai la présence d'une eschare ressemblant à celles que produit la pâte de Vienne. Dix jours après l'opération, je pus détacher cette eschare, qui ne tenait plus que par quelques filaments, sans faire saigner la plaie, qui, couverte de beaux bourgeons, se répara et se recouvrit d'une pellicule cicatricielle transparente et très mince.

Bien que l'eschare, de couleur noire et semblable à du cuir bouilli, eût l'épaisseur d'une pièce de cinq francs, il ne resta aucune dépression. Deux poussées écarlates, de la grosseur d'une tête d'épingle, s'étant produites, j'en eus facilement raison avec une injection de quelques gouttes. Cette nouvelle opération produisit deux noyaux indurés qui se résorbèrent spontanément. Je constatai en même temps que la tumeur opérée la première avait disparu sans laisser de traces.

Obs. II. — Il y a un an environ, l'enfant Houssin, âgé de 10 mois, m'est présenté, portant au sommet du front une tumeur sous-épidermique, de la grandeur d'une grosse pastille de Vichy. Je sature avec une injection de baume : la guérison a lieu, mais, huit jours après, survient une récidive guérie par une dernière injection.

En ce moment la cicatrice est peu apparente; du reste, elle est cachée par les cheveux.

Obs. III. — Mme X..., âgée de 25 ans, portait, depuis sa naissance, un peu en dehors de la commissure gauche des lèvres, un nœvus de 1 centimètre environ.

Elle devint grosse, et au septième mois le nœvus fut le point de départ d'une tumeur sanguine pédiculée offrant le volume d'un grain de cassis.

Une ligature fit tomber la tumeur et produisit une guérison apparente. Mais une récidive survint au bout de huit jours. Traitée par une injection de baume jusqu'à saturation, elle a guéri complètement en laissant une cicatrice peu apparente.

CONCLUSIONS. — Des observations qui précèdent, je me crois en droit de conclure :

1° Que les tumeurs vasculaires sanguines de la peau sous-épidermiques et intra-dermiques sont guérissables par des injections de baume du commandeur;

2° Que cette injection, faite jusqu'à saturation, est probablement exempte de danger.

N'ayant pas eu occasion de traiter par ce moyen une tumeur sous-dermique avec épanchement sanguin abondant, je m'abstiens d'affirmer l'efficacité du baume du commandeur dans ce cas; néanmoins je serais disposé à l'essayer.

J'ajouterai que le baume du commandeur ne détériore pas la seringue de Pravaz.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai 1881. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Lecture d'un mémoire sur la *pleurésie à épanchement chyleux*, par M. Debove. Discussion : MM. Hérard, Debove, Robert Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance : *Contribution à l'étude du chancre non infectant du col de l'utérus* (variété diphthéroïde), par M. Demolènes, interne de M. Martineau. — *Leçons sur la sodomie*, par M. Martineau. — *De la grippe*, sa pathogénie, par M. Vovart (de Bordeaux), etc., etc.

A propos du procès-verbal, M. Lereboullet rapporte ce qui s'est passé chez sa malade depuis a dernière séance. Le 14 de ce mois, l'enfant, quoique atteinte d'une paralysie du pharynx, était dans un état satisfaisant, quand survinrent de nouvelles rougeurs au palais et aux amygdales, avec accompagnement d'adénite cervicale, mais sans diphthérie. De nouveau l'albumine parut dans les urines qui se coagulaient en masse, la température s'éleva, et, le lendemain, un érysipèle de la joue droite s'ajoutait à celui de la gorge.

L'urine, analysée à la pharmacie Mialhe, donnait 14 grammes d'albumine et 34 gram. 1/2 d'urée par litre avec quelques traces de sucre. Sa densité était de 1032.

Je crus à une maladie rénale ou à une scarlatine fruste; je voulus, pour établir une dérivation cutanée, recommencer les injections de pilocarpine; mais la première fut mal supportée; elle fut suivie d'un grand abattement, de sueurs profuses et de nausées; j'y renonçai. J'administrai alors le quinquina à haute dose. Une desquamation survint, et il s'ensuivit une guérison apparente. L'état des urines redevint à peu près normal. Cependant je crois devoir réserver encore le pronostic, attendu que les battements du cœur sont irréguliers, que la paralysie du pharynx est complète et que le malade ne peut plus se tenir sur les jambes.

Ce qu'il est important de faire ressortir en ce moment, c'est la guérison rapide de cet érysipèle cachectique, secondaire, survenant dans la convalescence de la diphthérie. C'est aussi la différence d'action des injections de pilocarpine qui, très bien supportées pendant la période aiguë de la diphthérie, ont déterminé des accidents assez pénibles au moment de la convalescence.

M. DEBOVE lit un travail sur la pleurésie à épanchement chyleux. (Voy. UNION MÉDICALE des 21, 23 et 25 juin 1881.)

M. HÉRARD : Le fait rapporté par M. Debove est plein d'intérêt, et je ne doute pas qu'il conduise à examiner de plus près les liquides pleurétiques, et à faire connaître des observations analogues. Pour ma part, j'ai vu dernièrement un cas qui s'en rapproche.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, journalier, sans antécédents héréditaires, qui, en 1874, dans le cours d'une bronchite, fut pris d'une pleurésie droite abondante, qui nécessita l'application de huit vésicatoires; mais, quand il arriva dans mon service, je fus obligé de lui pratiquer la thoracentèse qui donna un liquide puriforme. Il fut rapidement guéri, du moins en apparence, car, trois mois après, il rentra de nouveau à l'hôpital et je lui fis une nouvelle ponction, qui donna issue à plusieurs litres du même liquide. En 1875, troisième ponction, même

liquide ; il fut guéri, cette fois, pendant plus de trois ans. En 1881, je le retrouve dans le service de M. Moutard-Martin avec un épanchement énorme. Une ponction faite avec l'appareil Potain donne un quart de litre d'un liquide épais, sortant avec peine. Substituant une aspiration plus énergique à la première, nous obtenons un liquide blanc, crémeux, ne contenant ni globules blancs, ni globules rouges, rien que de la cholestérine et de la graisse. Quelque temps après, le malade allait très bien.

Le 4 mai dernier, il revient dans mon service ayant bonne apparence, mais se plaignant de dyspnée avec pesanteur dans le côté droit. En effet, la plèvre de ce côté s'était de nouveau remplie, et, à l'aide d'un aspirateur, je lui enlevai encore 2,900 grammes d'un liquide puriforme, qui, au bout de deux minutes, se sépara dans le vase qui le contenait, en deux couches; la couche inférieure ressemblait à de la graisse figée ; elle était composée d'une grande quantité de leucocytes entourés de granulations graisseuses fines et nombreuses, sans cholestérine. Aujourd'hui le malade va bien. Le voilà encore une fois guéri, pour combien de temps? Je l'ignore.

En résumé, voilà un malade qui, en cinq ans, a subi quatre thoracentèses pour une pleurésie non fébrile avec épanchement tantôt graisseux et tantôt purulent. C'est donc un cas qui se rapproche de celui de M. Debove.

M. Debove : Il est possible que la pleurésie chyliforme que j'ai décrite devienne purulente comme celle de M. Hérard ; c'est une transformation qui n'aurait rien de surprenant.

M. Robert Moutard-Martin : M. Gaucher a présenté à la Société clinique, dans sa dernière séance, une observation d'ascite graisseuse. Le liquide extrait par la ponction ne contenait aucun *globule purulent* ; il présentait une opalescence manifeste. Chimiquement, l'examen a été fait avec soin au point de vue qualitatif, et il a été rencontré notamment des phosphates en grande quantité. Les nombreuses granulations d'apparence graisseuse, dont le microscope décelait l'existence, n'ont pu être dissoutes par l'éther; au contraire, elles l'ont été par le chloroforme.

Le malade dont provient ce liquide sera sans doute reponctionné; il serait intéressant de savoir si l'épanchement péritonéal deviendra ou non purulent à la suite de ponctions ultérieures.

— La séance est levée à cinq heures.

*Le secrétaire,* Duguet.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Suite de la discussion sur la grenouillette, les abcès froids et la compression à l'aide de la bande de caoutchouc vulcanisé. — Rapport. — De l'algidité dans l'étranglement herniaire. — Présentation de malade opérée d'un myxosarcome.

A l'occasion du procès-verbal, plusieurs membres demandent la parole qui sur la grenouillette, qui sur les abcès froids, qui sur la compression à l'aide de la bande de caoutchouc, tous sujets déjà traités dans les séances précédentes, et auxquels chacun désire ajouter un fait ou un détail.

M. Verneuil, pour montrer la difficulté que l'on éprouve parfois à distinguer la grenouillette du kyste dermoïde, cite un cas dans lequel un chirurgien étranger, Newmann, examinant une tumeur kystique du plancher de la bouche, trouva, d'une part, les parois de la poche tapissées d'épithélium vibratile et, d'autre part, comme contenu, un liquide visqueux, filant, sans analogie avec le contenu du liquide des kystes dermoïdes. Newmann pensa qu'il s'agissait d'une grenouillette développée dans l'une des divisions du conduit qui, dans quelques cas, fait suite au *foramen cæcum*, se termine, vers le plancher de la bouche, en plusieurs culs-de-sac que tapissent des cellules d'épithélium vibratile.

— M. Trélat, prenant la parole au sujet de la question de la transformation des abcès froids, dit que ce que l'on désigne généralement sous ce nom n'est pas constitué par de véritables abcès, mais par des tumeurs primitivement solides, par des tubercules en voie d'évolution régressive. Ces tumeurs sont limitées par une membrane fibreuse très dense, renfermant les produits du travail régressif dont elles ont été le siège. Les cas de guérison d'abcès froids signalés par divers auteurs, entre autres par David (de Rouen) et Bouvier, ne sont rien autre chose que des exemples de ces transformations régressives dont les tumeurs, appelées aujourd'hui gommes tuberculeuses, peuvent devenir le siège, soit par un travail spontané de la nature, soit par l'influence d'un traitement général. Tantôt la tumeur se résout complète-

ment, tantôt le travail de transformation qui s'opère en elle aboutit à la production d'un liquide contenu dans une poche fibreuse, renfermant quelques hématies altérées, des granulations régressives et des cristaux de cholestérine. En d'autres termes, le résultat final est un kyste dont le point de départ a été une tumeur tuberculeuse au sein de laquelle s'est opéré un travail particulier de régression.

— M. Théophile ANGER, reprenant la discussion sur la compression à l'aide de la bande de caoutchouc vulcanisé, ouverte dans la dernière séance à l'occasion de la communication de M. Marc Sée, dit avoir observé un cas de guérison, par ce moyen, d'un éléphantiasis des membres inférieurs, chez une jeune Brésilienne qui avait eu à l'âge de 8 ans un érysipèle de la jambe.

A la suite de cet érysipèle se produisit un travail hypertrophique dans les deux membres inférieurs, dont le contour mesurait 49 centimètres.

La compression exercée au moyen de la bande de caoutchouc par dessus une couche d'ouate amena, au bout de quelques années, une diminution de 20 centimètres dans le volume des membres.

M. VERNEUIL dit avoir traité par le même moyen un jeune homme atteint d'éléphantiasis de la jambe et qui se trouve parfaitement guéri depuis deux ans.

M. DESPRÈS déclare qu'il a peine à croire que MM. Théophile Anger et Verneuil aient eu affaire à de véritables éléphantiasis; cette maladie étant due à l'oblitération des vaisseaux lymphatiques lui paraît être, de sa nature, absolument incurable. On peut confondre avec l'éléphantiasis vrai certains œdèmes rebelles qui sont, toutefois, susceptibles de guérison.

— M. POLAILLON fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Vasseige (de Liège) relatif à l'emploi du forceps de M. Tarnier. L'auteur de la communication déclare que cet instrument, d'une application simple et facile, lui a rendu les plus grands services dans sa pratique.

M. VERNEUIL fait une communication relative à une complication de l'étranglement herniaire qu'il a déjà eu l'occasion d'observer et de signaler. Il s'agit de l'algidité. Il y a peu de temps, M. Verneuil communiquait à la Société de chirurgie un cas de ce genre terminé par la mort, et dans lequel, à l'autopsie, on constata les signes d'une congestion pulmonaire très intense et très étendue, ainsi que des signes de congestion rénale, d'ailleurs avec absence de toute trace de péritonite.

Deux faits analogues se sont présentés tout récemment à l'observation de M. Verneuil.

Dans un premier cas, il s'agit d'un vieillard de 75 ans, entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Richet, pour une hernie inguinale étranglée. Il avait des vomissements fécaloïdes, de l'algidité, de la congestion pulmonaire et de l'anurie. Il succomba avant que l'opération eût pu être pratiquée. L'autopsie montra qu'il n'y avait qu'un étranglement très peu serré et nulle trace de péritonite; mais, par contre, il existait une congestion pulmonaire très vive, ainsi que des lésions rénales très accusées; l'urine recueillie dans la vessie contenait une quantité considérable d'albumine.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, entrée à la Pitié, dans le service de M. Verneuil, pour une hernie crurale étranglée. La hernie put être réduite au moyen du taxis aidé par les inhalations de chloroforme; mais la malade ne tarda pas à succomber, après la réduction, avec tous les signes de l'algidité. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite ni aucune lésion rénale; mais, cette fois encore, les poumons étaient le siège d'une violente congestion.

Ainsi, chez les deux derniers malades, comme chez celui dont M. Verneuil a communiqué précédemment l'observation, il y a eu des phénomènes d'algidité et de congestion pulmonaire; en outre, sur deux d'entre eux, il existait des lésions du côté des reins. M. Verneuil en conclut que les malades atteints d'étranglement herniaire avec phénomène d'algidité meurent de congestion pulmonaire et qu'il y a lieu, pour le chirurgien, placé en présence de ces malades, de se préoccuper très sérieusement, au point de vue du pronostic, avant l'opération, de l'état des poumons et de la température générale. La première indication, la plus évidente et la moins contestable, est de lever l'étranglement; mais il y a lieu, en même temps, de chercher à relever la température au moyen des excitants, des stimulants et de combattre la congestion pulmonaire par l'application de nombreuses ventouses sèches sur la poitrine.

— M. Marc SÉE présente une malade à laquelle il a pratiqué l'extirpation d'une tumeur myxo-sarcomateuse qui avait son siège sur le mollet. La tumeur englobait le nerf sciatique poplité interne qu'il a fallu réséquer dans une longueur de 8 centimètres. La malade n'a éprouvé à la suite que des troubles de la sensibilité sans aucune gêne de la motilité.

— M. GILLETTE présente à la Société un instrument que M. Mariaud a construit, d'après

ses indications, et qui est destiné à pratiquer les élongations nerveuses. Cet *élongateur*, qui offre certaine analogie avec l'ancienne *balance* dite *romaine*, mais qui est beaucoup plus sensible, se compose : 1° d'une *poignée* en bois transversale : 2° d'une *tige métallique* verticale au milieu de laquelle se trouve placé transversalement un *dynamomètre* (A B C) gradué jusqu'à 45 kilog. ; 3° d'un *crochet* (I) terminant cette tige en bas, convexe et concave en sens opposé et à l'aide duquel le nerf est soulevé, après avoir été découvert et élongé. Le degré de traction ou d'élongation est indiqué par la marche de l'*aiguille* (C) sur le cadran dynamométrique.

Un élongateur de dimension moindre et gradué à un nombre de kilog. moins considérable a été également fabriqué par M. Mariaud pour l'élongation des nerfs de petit calibre.

M. Gillette a pratiqué à l'aide de cet instrument onze élongations tant des nerfs du plexus brachial que du sciatique, et ses résultats opératoires, joints aux nombreuses expériences cadavériques qu'il a faites à Bicêtre, ne semblent pas devoir justifier les craintes formulées par plusieurs membres de la Société lors de la communication du mois de décembre dernier.

D[r] A. TARTIVEL,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA NÉPHRECTOMIE, par le docteur Élie BOULAY, ex-interne des hôpitaux de Paris. Thèse inaugurale. Paris, 1881 ; Parent.

La néphrectomie, ou extirpation totale de l'un des reins, est une opération qui n'a guère été faite que de nos jours dans un but thérapeutique. Nepveu, en 1875, dans un travail publié dans les *Archives générales de médecine*, avait groupé les observations relatives à cette opération, et fait connaître les indications et le manuel opératoire de la néphrectomie. La thèse actuelle, qui a été inspirée par un cas d'extirpation du rein pratiquée par M. le professeur Le Fort, complète l'étude de cette question et contient les faits récents publiés depuis l'époque du travail de Nepveu.

L'auteur fait précéder l'étude clinique de cette opération par un résumé succinct de l'historique et par un court examen de la question au point de vue physiologique. Il établit ainsi la possibilité de cette opération à ce dernier point de vue, et mentionne les modifications de la structure et des fonctions du rein après l'extirpation de son congénère. Il y aurait lieu d'étudier de nouveau, et avec soin, ces phénomènes de suppléance fonctionnelle qui permettent à un rein de compenser l'organe qui a été enlevé, par le développement en nombre et en étendue de ses éléments anatomiques et par l'accroissement de son activité physiologique. Le travail du docteur Boulay aura peut-être pour effet de provoquer ces nouvelles recherches.

Après un bref résumé des notions déjà connues sur ce point, l'auteur passe à l'examen des faits cliniques dans lesquels l'opération a été pratiquée soit par suite d'une erreur de diagnostic, soit en connaissance de cause. Il établit enfin les indications et les contre-indications, ainsi que le manuel opératoire de la néphrectomie. Une statistique complète des divers résultats permet de conclure qu'on peut espérer des succès dans la proportion de 9 guérisons, sur 16 opérations, dans les cas où la néphrectomie est pratiquée en connaissance de cause.

Le travail de notre distingué collègue n'a donc pas seulement le mérite de l'actualité ; il a aussi l'avantage de fixer, au point de vue pratique, les règles à suivre et les écueils à éviter dans cette opération encore peu connue. Ch. ÉLOY.

## FORMULAIRE

INJECTION HYPODERMIQUE CONTRE LE PROLAPSUS DU RECTUM. — VIDAL.

| | |
|---|---|
| Ergotine de Bonjean. . . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Hydrolat de laurier-cerise . . . . . . . . | 5 — |

Faites dissoudre. — Chaque injection de 15 à 20 (exceptionnellement 25) gouttes, contient de 0 g[r] 20 à 0 g[r] 25 centigr. d'ergotine. Grâce à l'emploi de ce moyen, le docteur Vidal a guéri trois cas de prolapsus du rectum chez l'adulte. Les injections d'ergotine Bonjean n'ont déterminé ni inflammation, ni abcès, mais seulement une sensation de cuisson, plutôt que de la brûlure. Cependant l'auteur se propose de donner la préférence, à l'avenir, à la solution d'ergotine Yvon, qui est mieux tolérée. — N. G.

## COURRIER

Légion d'honneur. — Le Président de la République française, sur la proposition du ministre de l'intérieur et des cultes, vu la déclaration du conseil de l'ordre, en date du 11 juillet 1881, portant que les promotions et nominations du présent décret sont faites en conformité des lois, décrets et règlements en vigueur, a promu ou nommé dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier :* M. le docteur Peter (Charles-Félix-Michel), médecin de l'hôpital de la Pitié à Paris, médecin des hôpitaux depuis 1866, membre de l'Académie de médecine et professeur à la Faculté. Chevalier depuis 1870. Titres exceptionnels.

*Au grade de chevalier :*

M. le docteur Abadie (Jean-Marie-Charles), médecin à Paris. A suivi les armées comme chirurgien d'ambulance pendant la guerre de 1870-1871 et a été fait prisonnier sur le champ de bataille. A fondé, en 1871, une clinique spéciale pour les maladies des yeux. Nombreux et importants travaux scientifiques. Titres exceptionnels.

M. le docteur d'Hôtel, médecin de l'hospice civil de Charleville (Ardennes); 22 ans de services. Belle conduite dans les épidémies et pendant la guerre de 1870-1871.

M. le docteur Péronne (Charles-François), médecin du bureau de bienfaisance de Sedan (Ardennes). S'est particulièrement distingué dans les ambulances pendant la guerre de 1870-1871. Titres exceptionnels.

M. le docteur Marfan, membre du Conseil général de l'Aude, membre et secrétaire de la commission départementale, conseiller général depuis 1871, médecin en chef de l'hospice de Castelnaudary et membre des principales commissions administratives du département. Exerce depuis de longues années la médecine avec autant de distinction que de désintéressement. Titres exceptionnels.

M. le docteur Perronnier (Joseph-Arnoux), président de l'Association des médecins de la Drôme, médecin de l'hospice de Romans; 54 ans de services.

M. Timbal-Lagrave (Édouard), pharmacien à Toulouse (Haute-Garonne), professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse depuis 1856, membre du Conseil central d'hygiène de la Haute-Garonne depuis 1862, inspecteur des pharmacies depuis 1864; 25 ans de services.

M. le docteur Bienfait (Nicolas-Jules), médecin à Reims, membre du Conseil général de la Marne. Exerce la médecine à Reims depuis 33 ans. Ancien adjoint, membre du Conseil municipal depuis 1870 et du Conseil général depuis 1871. Membre du Conseil départemental de l'instruction publique et président de la Société des médecins du département.

M. Nayel (Paul-Jean), médecin au Faouët (Morbihan). En exercice depuis 61 ans. Belle conduite dans les épidémies. Soins gratuits donnés constamment à la population pauvre ainsi qu'aux militaires et à leurs familles.

M. le docteur Gruzu (Auguste), médecin de l'hôpital de la Seyne (Var), médecin de la Société de secours mutuels des ouvriers attachés aux chantiers de construction, membre de la commission d'hygiène, médecin inspecteur des écoles. A créé un cours d'histoire naturelle dans les écoles de la Seyne et des conférences d'hygiène pour les ouvriers. Belle conduite pendant l'épidémie cholérique de 1865; 16 ans de services multiples. Titres exceptionnels.

— Sur le rapport du ministre de la guerre (opérations militaires en Tunisie et en Algérie), le Président de la République a promu ou nommé dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

*Au grade de commandeur :* M. Bourot, médecin principal.

*Au grade de chevalier :* MM. Apté et Mouton, médecins-majors.

— Le Président de la République, sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, a nommé dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

*Au grade de chevalier :* MM. Cavalier, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; — Topinard, professeur à l'École d'anthropologie.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 22 juillet 1881.

*Ordre du jour :* M. Damaschino : Sur un cas de mort par hémoptysie se rattachant à la rupture d'un volumineux anévrysme de l'artère pulmonaire. — Communications diverses.

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## POLYPES UTÉRINS; CORPS FIBREUX PÉDICULÉS.

Leçon de M. le docteur DESPRÈS, chirurgien de l'hôpital de la Charité, recueillie par M. GIBIER (de Savigny), interne du service.

On sait que, arrivés à une certaine période de leur évolution, les fibromes de l'utérus peuvent donner lieu à des accidents plus ou moins graves. Ces tumeurs occupent, vous le savez, des situations variées qui permettent de les classer en trois catégories : 1° fibromes développés à la surface externe de l'utérus ou polypes sous-péritonéaux, contre lesquels le chirurgien n'a pas, le plus souvent, à intervenir; 2° fibromes développés dans l'intérieur même du parenchyme utérin ou polypes intra-pariétaux qui donnent lieu à des accidents redoutables, souvent suivis de mort et qui ont été enlevés, quand cela était possible, par la gastrotomie; 3° fibromes sous-muqueux, polypes fibreux proprement dits. C'est de ces derniers que je m'occuperai exclusivement. Ils se développent sous la muqueuse, s'en coiffent et se présentent souvent à l'orifice du col sous forme de polypes; c'est un mode de terminaison des corps fibreux sous-muqueux, commun chez les femmes à leur retour d'âge.

Nous avons reçu une malade, âgée de 53 ans, ayant depuis six ans environ des pertes qui ont fini par l'alarmer. Néanmoins, elle a conservé un teint assez florissant et n'est pas anémiée. Elle est pourtant diabétique. Il y a six ans également, s'apercevant qu'elle buvait beaucoup, elle consulta un médecin qui constata la présence de sucre dans son urine. De plus, elle offre une proéminence assez considérable de l'abdomen qui est globuleux et tombant. Cette proéminence est apparue à la suite d'une couche il y a trente ans. Malgré l'incommodité qu'elle en ressent, la malade n'a jamais consulté un médecin pour cela.

Cette femme a eu des pertes, mais avant ces pertes elle était réglée abondamment six à sept jours. Il est bon d'établir un point de comparaison : normalement, les règles durent trois jours; le premier jour, la femme tache trois ou quatre serviettes; le deuxième jour elle en tache six; le troisième trois, et le quatrième jour tout est fini. Certaines femmes ont des règles plus courtes; cette moindre durée n'est pas normale, mais ne constitue pas une maladie. D'autres femmes, au contraire, perdent

---

# FEUILLETON

## RECHERCHES ETHNOGRAPHIQUES SUR LE TATOUAGE

### CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE DE SA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE (1);

Par le docteur E. MAGITOT,

Secrétaire général adjoint de la Société d'anthropologie de Paris,
Lauréat de l'Institut, etc.

3° *Tatouage par ulcération ou brûlure.* — Ce procédé, qui est le plus barbare et le plus douloureux de tous, consiste tantôt à irriter, à ulcérer une incision préalable en appliquant à sa surface des sucs caustiques de certaines plantes, tantôt à pratiquer de véritables brûlures à la manière de nos anciens moxas.

Le but est d'obtenir une végétation de la peau, une sorte de bourgeon ou de champignon et le grand art consiste à les disposer en une série tantôt graduée, tantôt de volume égal dans une certaine région du corps : le plus souvent la face.

Parfois encore ce résultat est obtenu par un mécanisme de torsion de la peau au moyen d'une aiguille, ainsi que le docteur Tavano l'a rencontré chez quelques peuplades des côtes de l'Afrique (2).

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 12 et 19 juillet.

(2) *Bulletin de la Société d'anthropologie*, 1877, p. 333.

plus abondamment et plus longtemps : cela est l'indice d'un état maladif. En présence d'une femme dont les règles durent six jours et sont suivies pendant quelques autres jours d'un petit écoulement, un médecin expérimenté doit toujours soupçonner l'existence de corps fibreux ou de fongosités utérines.

Notre malade ne s'inquiétait pas de l'abondance de ses règles. Ce n'est qu'après quatorze ou quinze ans de cet état qu'elle consulta des médecins pour des pertes qui se renouvelaient tous les trois mois environ; la malade n'éprouvait d'ailleurs aucun autre malaise, sauf des pertes blanches. On lui administra du fer, du seigle ergoté, des injections, le tout inutilement. Au bout de trois ans de cet état elle sentit un jour, une grosseur lui sortir du vagin; cette tumeur rentrait. Je n'oserais affirmer que le polype dont cette femme est atteinte existe depuis cette époque; il s'agissait plutôt d'une cystocèle, car aujourd'hui on voit, tout d'abord, en examinant la malade, la paroi antérieure du vagin faire saillie à la vulve.

Tous les trois ou quatre mois la malade s'apercevait de la sortie de cette tumeur. Elle consulta un premier médecin qui l'examina et ne se prononça pas, puis un deuxième médecin, ancien interne des hôpitaux, le docteur Guignard, qui reconnut la nature de l'affection.

Quand cette femme nous est arrivée dans le service, nous avons constaté en premier lieu la distension énorme de sa paroi abdominale. La palpation et la percussion ne nous révélèrent la présence d'aucun corps solide, toute la masse était sonore. On pouvait déprimer la paroi jusqu'à la colonne vertébrale sans trouver de tumeur dure. Il fallait cependant savoir à quoi s'en tenir. En faisant asseoir la malade pendant qu'on observait son ventre, on voyait au moment de l'effort qu'elle faisait, les muscles de l'abdomen comprimer la masse abdominale, mais mollement, et la main appliquée sur le ventre sentait la mollesse des muscles : il s'agit donc d'une insuffisance, d'une parésie musculaire qui permet aux intestins de se dilater et de déterminer la volumineuse saillie que nous avions sous les yeux.

Nous avions, en outre, à nous occuper de l'état de notre malade au point de vue du diabète, et voici ce que l'examen de ses urines nous enseigna : elles contenaient de 18 à 22 pour 1000 de sucre, et, de plus, elles étaient très chargées de phosphates; le dépôt de ceux-ci pouvait être évalué à la dixième partie du liquide rendu. Il était indiqué, en présence de cette glycosurie, de prendre certaines précautions.

---

Les brûlures s'obtiennent par l'application sur la peau de petits morceaux de charbon enflammés, soit comme en Calédonie, de nervures de feuilles du cocotier qu'on applique suivant certains dessins, qu'on allume ensuite sur place et dont on active la combustion en soufflant avec la bouche. Dès que la tendance à la cicatrisation se manifeste, on arrache les croûtes qui se forment sur la plaie, on en irrite la surface et il se produit bientôt des bourgeonnements dont on favorise le développement par les mêmes moyens. Ces bourgeons sont disposés soit en groupes, soit en lignes continues. Aussitôt formés au gré de l'opérateur, on lave à l'eau froide et ces étranges ornements conservent indéfiniment leur forme ainsi que la couleur blanchâtre ordinaire aux cicatrices.

Ce sont ces bizarres productions qui ornent le front des Tasmaniens, les épaules des Australiens et qui s'observent chez les Papous et les Néo-Guinéens.

En Afrique, elles se trouvent au Soudan, d'après Castelnau, en Mozambique où elles affectent la forme d'étoiles et chez les Zoulous qui se décorent de cette manière les reins, le dos et les cuisses.

4° *Tatouage sous-épidermique.* — Il consiste à passer entre l'épiderme et le derme des aiguilles armées d'un fil lequel est enduit de graisse mélangée avec de la suie de lampe (1).

Ce tatouage est plus employé chez les femmes que chez les hommes et il ne s'applique qu'au visage, aux mains et aux pieds, c'est-à-dire aux parties découvertes. Il a été retrouvé dernièrement chez les Tchouktchis, lors de l'expédition du professeur Nordenskiöld. Il paraît donc spécial et exclusif aux peuplades qui habitent le voisinage des régions polaires.

5° *Tatouage mixte.*—Enfin sous le nom de *tatouages mixtes*, nous comprenons les mélanges

(1) De Paw, *Recherches sur les Américains*, t. I, p. 263.

La malade a en outre un bruit de souffle au premier temps, d'origine rhumatismale.

Il nous restait à faire l'examen du polype. Nous avons procédé de deux façons à cet examen : par le toucher d'abord, par le spéculum ensuite. On ne doit jamais négliger ces deux moyens d'exploration. C'est pour avoir omis ce principe que j'ai vu deux médecins de la ville méconnaître chacun l'existence d'un polype. L'un d'eux avait négligé de toucher, l'autre n'avait pas examiné la malade au spéculum. L'examen méthodique de l'utérus doit toujours se faire par le toucher et par la vue. C'est par ce moyen que nous avons trouvé une tumeur faisant saillie dans le vagin, mobile avec le col de l'utérus, tumeur de trois centimètres de diamètre environ, lisse, ne se déchirant pas sous l'ongle, ne saignant pas pendant l'examen, et que l'on peut limiter en la contournant avec le doigt. Plus haut, on sent un cercle dur qui entoure le pédicule du polype : c'est le col utérin. De plus, caractère important sur lequel j'appelle toute votre attention : on peut saisir la tumeur et la comprimer sans provoquer aucune douleur.

Pour se rendre compte de l'état du pédicule, il faut se servir, comme je l'ai fait, du spéculum américain, large modèle. La malade est couchée sur le côté et on déprime la paroi postérieure du vagin en appuyant fortement sur la région du coccyx. Lorsque la dilatation est suffisante on voit, en quelque sorte, le polype tomber dans la concavité du spéculum. Après avoir éclairé la cavité vaginale on voit le pédicule, sa grosseur et sa couleur; en dernier lieu, on explore la cavité utérine avec l'hystéromètre. Le doigt de la main gauche va chercher le pédicule et sert de guide à la sonde. Si celle-ci est arrêtée à peu de distance de l'orifice, en avant ou en arrière, c'est que le polype s'insère sur l'une des deux lèvres du col. Si, au contraire, la sonde utérine pénètre plus loin de tous les côtés, c'est que l'insertion se fait dans la cavité même de l'utérus à une hauteur variable.

Lorsque le polype prend insertion sur le fond de l'utérus, il arrive parfois qu'il entraîne avec lui le point sur lequel il s'insère; il existe un commencement de retournement. Cette éventualité ne doit jamais sortir de l'esprit de l'opérateur, car, si l'on sectionne trop haut le pédicule, on ouvre la cavité péritonéale, et c'est la mort. Il existe un certain nombre d'observations d'accidents semblables dont les auteurs sont des chirurgiens expérimentés qui en ont fait courageusement l'aveu. Le passage de la sonde dans l'utérus autour du polype est le seul moyen de se mettre en garde contre cet accident.

---

sur un même groupe ethnique de plusieurs des tatouages précédents. Ainsi en Nouvelle-Zélande et chez beaucoup de tribus nègres, on rencontre à la fois la pratique par incisions qui donne les cicatrices blanchâtres et celle des piqûres qui viennent compléter autour des points incisés un système complexe d'ornementation.

D'après Hartmann, le procédé mixte est familier chez les Berabras et les Bedjas et dans les tribus du Loango. Là ce sont de profondes entailles laissant de larges cicatrices, tandis que chez les Niam-Niams ce sont des guirlandes élégantes qui se retrouvent aussi chez les femmes Matambré, Makoundé, Mangandjas et Machingas.

Cameron, de son côté, mentionne que les habitants des bords orientaux du lac Tanganyika, ont pour le tatouage un goût très vif et sont couverts de petites incisions formant des spirales, des cercles, des lignes droites.

A Kasanngalohana, à l'extrémité sud-est du même lac, une ligne de tatouage qui descend au milieu du front et deux raies sur les tempes, raies qui parfois se prolongent jusqu'au menton, semblent constituer les marques de la tribu.

Certains Vonagonhha mettent dans leurs cheveux le couteau dont ils se servent pour le tatouage. On observe aussi sur divers points de l'Europe un autre mélange du tatouage par simple piqûre avec le procédé sous-épidermique. C'est le cas en particulier pour l'Italie.

Si maintenant nous tentons de résumer au point de vue de la répartition géographique ces notions générales sur le tatouage, nous arrivons aux résultats suivants :

1° *Tatouage par piqûres* : La Polynésie, c'est-à-dire tous les archipels à l'exception de la Nouvelle-Zélande; les îles Marquises, excepté les îles de Rapa et de Laivavaï du groupe Pomatou, l'île de Pâques, la Micronésie; la Nouvelle-Guinée; le groupe Papou; à Bornéo, le groupe des Dayaks.

Nous avons ainsi fait cet examen ; la sonde a pénétré à une profondeur de 5 centimètres en arrière et de 4 centimètres en avant. Cette différence tient à l'inclinaison de l'utérus en avant; la profondeur à laquelle a pénétré la sonde nous a rassuré.

Nous pouvons donc, avec certitude, diagnostiquer chez cette malade un polype formé par un corps fibreux sorti de la cavité utérine et descendu dans le vagin. Ce polype est gros comme une noix verte entourée de son péricarpe, de consistance ferme et ne donnant pas de sang pendant l'examen, autre caractère important à retenir, et c'est sur lui que nous fondons notre diagnostic polype fibreux.

Une seule maladie pourrait être confondue avec l'affection que je viens de vous décrire : c'est le renversement de l'utérus.

Le meilleur moyen de reconnaître d'abord ce dernier, c'est de pratiquer le cathétérisme, ainsi que l'indique Marjolin dans le Dictionnaire en 30 volumes. Lorsque l'on peut introduire dans l'utérus une sonde à côté de la tumeur, tout autour de son pédicule, à une profondeur de 5 à 7 centimètres, on peut être sûr qu'il ne s'agit pas d'un renversement.

D'autres signes non moins importants ont été indiqués pour reconnaître un renversement quand il se présente sous forme de polype : le moindre attouchement le fait saigner et provoque une douleur excessivement vive, exagération de la sensation pénible causée par le contact des corps étrangers sur la muqueuse utérine. M. Guéniot a bien insisté sur ce signe.

Le renversement est d'ailleurs une affection extrêmement rare; il se produit le plus souvent à l'occasion d'un accouchement. Lorsqu'on soupçonne son existence, on ne doit pas oublier de se renseigner dans ce sens. Il existe cependant des cas de renversement chez des femmes en dehors d'une cause obstétricale. J'ai moi-même observé un cas qui, jusqu'à ce jour, est resté unique dans la science, c'est celui que j'ai communiqué l'an dernier à la Société de chirurgie. Il s'agit d'une femme vierge, une religieuse que j'ai observée à l'hôpital Cochin. Cette femme eut un corps fibreux qui lui causa des pertes pendant longtemps. Ce corps fibreux, après s'être pédiculisé, finit par être chassé par les contractions de l'utérus et se sphacéla. La malade était, comme on dit, accouchée de son polype, mais l'utérus renversé l'avait suivi. Elle continuait à vaquer à ses occupations, ne se décidant pas à se faire examiner retenue qu'elle était par des considérations professionnelles. Le corps fibreux chez

---

En Amérique méridionale : les Charruas, les tribus du grand Chaco au Brésil, les Guaranis, les Pampéens et les Patagons.

En Amérique du Nord, les Peaux-Rouges.

En Afrique, les Kabyles, les Arabes, les Egyptiens, les Niam-Niams, les Sénégambiens et les peuplades des rives du Sénégal.

En Asie, les Seng-li de l'île Haï-nam, les Chin-ham, anciens peuples de la Corée, les Baitos et les Ouen-chin du Japon, des îles Koussilis et Aléoutiennes; les habitants de Formose, les anciens Annamites; les Ouen-mien-Po, peuple barbare du sud-ouest de l'empire chinois.

2° *Tatouage par incision simple* : Mélanaisie; tribus nègres africaines; Loango, Makoundé, Mangaudja, Machinja (d'après Hartmann), les rives orientale et méridionale du lac Tanganyika (d'après Cameron), la Guinée, la Nouvelle-Zélande.

3° *Tatouage par ulcération ou brûlure* : Tribus des Huns d'Attila, Tasmanie, Australie et Guyane, Papous néo-guinéens, Mincopies et Negritos; les Alfourous, la Calédonie, le Soudan, Mozambique et le Zoulouland.

4° *Tatouage sous-épidermique* : Esquimaux, Tchouktchis, Groënlandais, une partie de l'Europe (Italie).

5° *Tatouages mixtes :* A. Mélange des procédés par piqûres et sous-épidermique : *Europe.*

B. Mélange d'incisions et piqûres combinées : *Nouvelle-Zélande*, beaucoup de tribus nègres de l'*Afrique* et quelques tribus algériennes.

C. Mélange du tatouage par bourgeonnement et par piqûre. Ce dernier système se surajoutant d'ailleurs au premier et variant de dessin suivant les incidents principaux de la vie : *Iles Marquises.*

cette malade implanté sur le fond de l'utérus avait, en sortant, entraîné celui-ci et retourné entièrement l'utérus. Le renversement complet s'est maintenu.

Le polype que nous avons à opérer aujourd'hui est, si je puis ainsi dire, un polype bénin, comme le sont les polypes fibreux en général; il est opérable parce qu'il n'y a pas à redouter d'hémorrhagies graves, et que la malade se porte relativement bien malgré son diabète. D'autre part, si le fond de l'utérus est déprimé, il ne l'est pas assez pour être atteint par l'instrument; nous n'avons donc rien à redouter de ce côté.

Il s'agit, ainsi que je vous l'ai dit, d'une diabétique à opérer. Vous savez tout le bruit que l'on a fait autour du danger qu'il y aurait à pratiquer des opérations chirurgicales chez les malades de cette espèce. Vous savez que M. Verneuil a fait du diabète une sorte de *noli me tangere* que l'on doit se garder d'approcher. Jadis cependant, au temps où le diabète était mal connu, on a opéré de nombreux diabétiques qui tous n'ont pas succombé. Il ne faut rien exagérer. Il faut établir aussi une distinction : le diabète est une maladie grave qui tôt ou tard doit entraîner la mort du malade, mais quand on se trouve en présence d'un *diabète gras*, comme disent les Anglais, en prenant ses précautions on peut opérer. C'est la conduite que nous avons adoptée pour notre malade. Entrée dans le service le 10 janvier, je me suis bien gardé de l'opérer aussitôt, je l'ai laissée prendre l'air de l'hôpital pendant un mois. Il faut bien se garder, en effet, de prendre les malades au pied levé, il faut les préparer aux opérations.

Suivant la pratique de M. Verneuil, nous avons d'abord traité le diabète de notre malade. Comme les alcalins seuls étaient insuffisants, nous l'avons mise aux bouillons et au pain de gluten. La glycosurie a rapidement diminué pour disparaître bientôt complètement; il s'agit donc d'un diabète bénin, intermittent. Le diabète est souvent une contre-indication, mais vous voyez que, dans certains cas, on peut en atténuer les dangers.

Pour opérer les polypes de l'utérus, on a depuis bien des siècles imaginé de nombreuses opérations que l'on peut classer en trois variétés : 1° l'arrachement, qui est un procédé barbare; 2° l'ablation par la ligature ou l'excision; 3° l'ablation avec le feu.

Chacun de ces procédés a eu sa part de succès. Mais on ne tient pas assez compte de ce fait, qu'il existe des polypes bien différents les uns des autres (polypes vasculaires, vésiculaires, fibreux, à petit ou à gros pédicule) pour lesquels les mêmes opérations ne sauraient convenir.

Nous pourrions employer indifféremment l'un des moyens utilisés aujourd'hui, si le pédicule du polype n'était pas si gros. Il peut contenir une ou plusieurs artérioles qu'il serait impossible de lier, et l'on serait obligé de faire un tamponnement ou des cautérisations au fer rouge. Nous pourrions adopter l'un des procédés de ligature imaginés par Desault, ou encore l'écraseur linéaire de Chassaignac, cet instrument devant lequel ont disparu tous les procédés de ligature inventés avant lui. La ligature, telle qu'on la pratiquait anciennement, laissait une tumeur se sphacéler dans le vagin, ce qui était fort incommodant pour la malade et pour ceux qui l'entouraient. Et parfois une seule ligature ne suffisait pas, une deuxième était nécessaire. La ligature élastique préconisée de nos jours ne vaut pas mieux à cet égard.

L'écraseur linéaire de Chassaignac ou celui de M. Maisonneuve, formé par un fil de fer doux monté sur un serre-nœud, ont un inconvénient grave, à mon sens : c'est de causer un traumatisme local sur un utérus vascularisé, mal disposé à supporter la contusion. Il suffit de signaler ce fait pour s'en rendre bien compte, si l'on songe aux cas de péritonites mortelles qui ont suivi l'introduction d'une sonde utérine, la dilatation du col à l'aide d'une tige de laminaria ou de l'éponge préparée. La crainte des effets redoutables de la contusion utérine doit faire rejeter l'écraseur, du moins pour les polypes à gros pédicules, ceux qui nécessitent une action longue de l'écraseur.

Dans le cas particulier, nous emploierons le galvano-cautère monté en écraseur.

Si cet instrument ne vaut rien pour les opérations de la bouche, il est excellent pour celles qui se pratiquent dans la cavité vaginale, où l'on peut faire des irrigations d'eau froide pour paralyser les effets de la chaleur. Les brûlures du vagin ne sont pas très graves, tandis que, dans la bouche, il en est autrement. De plus, pendant l'opération, les malades aspirent la chaleur rayonnante du fil, ainsi que des vapeurs chaudes qui amènent des bronchites et font des brûlures souvent cause d'œdèmes de la glotte, pour lesquels on se trouve placé dans la nécessité de faire la trachéotomie.

Le galvano-cautère n'écrase pas, il serre en brûlant, et, de plus, il fait de l'hémostase, ce qui dispense d'introduire un spéculum en bois pour aller cautériser au fer rouge le pédicule, après qu'on l'a sectionné avec de gros ciseaux courbes, comme le faisait Velpeau, ou après une section avec l'écraseur faite un peu rapidement.

Toutes les fois que j'ai employé le galvano-cautère, mes malades ont guéri, soit qu'il s'agît de polypes ou d'allongements hypertrophiques du col; mais lorsque, jadis, quand j'étais plus jeune, j'appliquais l'écraseur de Chassaignac, voici quels étaient mes résultats : sur 5 gros polypes, j'eus 2 cas de mort. C'est à ce prix que s'est faite sur ce point mon expérience personnelle, tandis qu'avec le galvano-cautère, sur 3 ablations du col de l'utérus hypertrophié et 3 gros polypes, je n'ai eu aucun cas de mort.

Après l'opération, la malade sera traitée comme une femme en couches, neuf jours de repos absolu au lit, deux injections d'eau chaude par jour et un lavement chaud tous les soirs.

Nota. — La malade s'est très bien portée pendant les quatre premiers jours qui suivirent son opération. Vers le cinquième jour, elle eut un peu de bronchite, ce qui lui causa un certain malaise. Cette bronchite est calmée aujourd'hui, dix jours après l'opération; mais comme elle survenait chez une cardiaque, on craignait qu'elle ne devînt plus sérieuse. Dix jours après son opération, la malade s'est levée; elle n'a pas, pendant sa convalescence, perdu une seule goutte de sang. Dans quelques jours, elle quittera le service pour retourner chez elle. Elle est guérie de son polype de l'utérus.

# PATHOLOGIE

## NOTES SUR QUELQUES SYMPTÔMES LARYNGO-BRONCHIQUES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE ET SUR CERTAINS ACCIDENTS BULBAIRES A DÉBUT RAPIDE,

Par le docteur Lizé, du Mans.

La connaissance de l'ataxie locomotrice, inaugurée en France par les travaux de Duchenne (de Boulogne), a fait ensuite des progrès importants, dont le plus considérable est assurément la découverte de la lésion qui répond à cette étrange affection, découverte encore due à nos compatriotes, MM. Bourdon et Luys. Outre cette notion essentielle d'anatomie pathologique, de nouveaux documents sont venus s'ajouter aux anciens, en sorte que la symptomatologie, qui semblait être fixée par les recherches de Landry, Trousseau, Oulmont, Axenfeld, a pris une figure nouvelle. Parmi les médecins qui se sont occupés d'enrichir l'histoire de cette maladie, il faut citer en première ligne MM. Charcot et Vulpian, dont les leçons cliniques à la Salpêtrière ont illuminé ce sujet. Enfin, je mentionnerai la thèse de M. Dubois, ayant pour titre : *Etude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive.* Ce travail, formé sous l'inspiration de M. Charcot, renferme trois chapitres consacrés à la description de trois ordres de symptômes encore peu connus avant 1868. Le premier est intitulé : *Arthropathie des ataxiques*; le deuxième : *Crises gastriques*; le troisième : *Epilepsie spinale.*

En décembre 1868, M. le docteur Féréol a jugé nécessaire d'y ajouter un quatrième chapitre ainsi désigné : *De quelques symptômes viscéraux et en particulier*

*des symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive.* En insistant sur les symptômes viscéraux de l'ataxie, cet habile médecin a spécialement appelé l'attention sur certains phénomènes qui parfois ont pour siège le larynx et les bronches. La remarque, du reste, n'était pas absolument nouvelle à cette époque, car il en était déjà question en 1862 dans le deuxième mémoire de M. Bourdon. Mais, soit à cause de la rareté des faits d'ataxie laryngée, soit parce que l'attention n'était pas dirigée de ce côté, un pareil point de vue avait été très peu mis en évidence avant M. Féréol.

Sans vouloir entrer dans des considérations prolixes, qu'il me soit permis de résumer les caractères particuliers relevés dans les différentes observations d'ataxie laryngée publiées par ce médecin distingué. La toux a une raucité remarquable; elle est quinteuse, suffocante, convulsive, analogue à celle de la coqueluche, suivie d'un hoquet aspiratif ou d'une inspiration bruyante, comme dans cette dernière affection. Les crises sont accompagnées de phénomènes congestifs vers la peau, les organes des sens, le cerveau; il y a cyanose, sueur plus ou moins abondante; tantôt elles apparaissent sous l'influence d'une hyperesthésie spéciale qui exagère l'action réflexe; tantôt elles sont absolument sans cause extérieure et toutes spontanées. Elles sont accompagnées de douleurs quelquefois terribles dans le dos, dans les épaules, et parfois de tics douloureux et siégeant dans les organes respirateurs ou dans leur voisinage. Les signes sthétoscopiques ne sont nullement en rapport avec la violence de la toux; l'expectoration est nulle ou insignifiante; il n'y a pas de dyspnée asthmatique, pas même d'emphysème persistant, et les quintes disparaissent avec une grande rapidité, quelquefois instantanément et presque sans laisser de traces.

Après cet exposé didactique, il faut s'empresser d'ajouter que M. Féréol n'a pas la prétention de donner un tableau rigoureusement exact et complet de ce que peuvent être les symptômes laryngo-bronchiques dans une affection aussi protéiforme que l'ataxie locomotrice. Par conséquent, si le fait que je vais énoncer renferme quelques dissemblances, il suffira qu'il contienne des analogies pour rentrer naturellement dans le cadre des exemples cités par le médecin de l'hôpital Beaujon.

Observation. — M. C..., capitaine de cavalerie en retraite, âgé de 49 ans, est atteint de la maladie de Duchenne depuis cinq ans; en effet, il lance ses jambes en avant, marchant de çà, de là; et les yeux fermés, il ne peut faire un pas, ni même se tenir debout, surtout si les pieds se rapprochent au contact. Au contraire, les membres supérieurs conservent toute leur liberté, au point que M. C... peut se livrer à des travaux délicats de découpure sur bois. Les douleurs fulgurantes n'ont jamais paru, comme dans les cas frustes d'ataxie.

Le 12 janvier 1881, sous l'influence d'un froid rigoureux, M. C... est pris subitement d'accès de toux férine, suffocante, suivie d'inspirations rauques, analogues à la reprise de la coqueluche; le visage devient d'un rouge violacé; les yeux semblent quitter les orbites; vertiges, menaces de suffocation; expectoration de mucosités filantes et blanchâtres. Ces quintes de toux se répètent pendant plusieurs heures de suite, à d'assez courts intervalles, et sont suivies d'un sentiment d'oppression avec fatigue extrême, mais sans dyspnée asthmatique. A l'auscultation, en pleines crises, on trouve une sibilance passagère, quelques bulles sous-crépitantes, rares et disséminées. En un mot, j'étais surpris du peu de signes sthétoscopiques qui correspondaient à un cortège de symptômes aussi tranchés. Battements du cœur précipités, mais sans bruits anormaux; pouls à 110. La paroi postérieure du pharynx est fortement granuleuse, rouge et parcourue par de nombreux vaisseaux dilatés. Mais toute la scène pathologique était dominée par un spasme pharyngien tel, qu'il fut impossible de faire avaler à M. C... une cuillerée de bouillon froid ou de lait froid; aussitôt que le liquide avait franchi le gosier, il revenait par la bouche et le nez. Lavement, trois fois dans la journée, avec addition de 2 grammes de bromure de potassium; bain de pied sinapisé; lait glacé, à très petites doses.

Le 13 janvier, les symptômes laryngo-bronchiques persistent avec une égale intensité; paralysie de la face à gauche, parole un peu embarrassée; l'émission des urines et les garde-robes ne sont pas involontaires; même impossibilité de boire. Introduction de la sonde œsophagienne. A mesure que le lait glacé s'engage dans la sonde, il est aussitôt soulevé, puis ramené dans l'entonnoir, sous l'influence des contractions de l'estomac et du diaphragme; si même je n'avais pas maintenu ferme l'instrument, il se serait échappé brusquement de la bouche.

Le 14 et le 15, même état. Consultation avec mon confrère, le docteur Dugué.

Cautérisation ponctuée avec une tringle rougie le long de la colonne vertébrale; lavement purgatif; lait glacé.

Les jours suivants, jusqu'au 18 janvier, les lavements bromurés sont repris, et un mieux sensible a lieu. Le malade peut boire le lait par demi-verres; les quintes de toux sont moins fréquentes et moins violentes; la paralysie faciale tend à diminuer. Calme trompeur! Le 20 au matin, la respiration devient brusquement embarrassée; un nouveau spasme des muscles respiratoires se produit et amène vite l'asphyxie et la mort.

Les traits principaux de ce drame vraiment foudroyant sont bien le *pharyngisme*, le *spasme respiratoire* et l'*asphyxie finale*. Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être pratiquée.

Réflexions. — Chez M. le capitaine C..., l'affection demeura localisée fort longtemps aux parties inférieures de la moelle; mais, un jour, elle finit tout à coup par envahir la région bulbaire, et elle brisa vite la résistance de l'organisme. Comme il y avait une exagération considérable de l'action réflexe chez ce malade, le froid vif de la saison, agissant sur le tégument externe, retentit soudain sur l'axe médullaire qui renvoya l'impression sur le larynx, les bronches, le pharynx et l'estomac, de telle sorte qu'il s'est produit ici tout ce qui caractérise l'ataxie locomotrice, c'est-à-dire les désordres de la musculation dans tout l'appareil de la fonction respiratoire et dans la partie supérieure du tube digestif. En outre, des poussées hypérémiques du côté du bulbe peuvent expliquer la paralysie faciale et l'embarras de la phonation, car le bulbe est bien l'organe central des mouvements d'expression de la face et des mouvements qui servent à la parole. Enfin le brusque dénouement de l'affection de M. le capitaine C... dépendait peut-être d'une hémorrhagie grave dans la même région.

Avant de terminer ce travail, il est bon de faire observer que ce fait offre le tableau d'*accidents bulbaires à début rapide*, chose rare et qui a été signalée pour la première fois au Congrès d'Alger du 19 avril dernier. MM. Charcot et Pierret avaient bien appelé l'attention sur les accidents bulbaires chroniques, mais au Congrès, MM. Joffroy et Hanot ont établi par des observations positives l'*existence d'accidents bulbaires à invasion subite dans l'ataxie locomotrice*. Si j'avais pu assister aux assises scientifiques d'Alger, j'aurais été heureux de produire ce fait nouveau et de mettre en relief le point suivant : c'est que, chez mon malade, ces accidents surgirent à la fin de la maladie et la terminèrent d'une façon malheureuse, tandis que chez les malades de MM. Joffroy et Hanot, les accidents bulbaires vinrent au début de l'affection et eurent un dénouement très heureux.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

De Marseille a Shanghaï et Yedo, récits d'une Parisienne, par Mme Laure Durand-Fardel. Deuxième édition, avec une carte. Paris, Hachette, 1881. Un vol. in-12 jésus de 424 pages.

J'ai consacré, le 22 et le 24 mars dernier, deux feuilletons à l'analyse de la première édition de ce livre, qui avait paru sans nom d'auteur.

Frappé de la spontanéité des impressions, et de la franchise, exempte de prétentions, avec laquelle ces impressions étaient rendues, je n'ai pu résister à la tentation de soumettre à une étude psychologique le type de la Parisienne qui livrait ainsi au public l'indication de son état moral, et permettait de mesurer, en quelque sorte, le niveau de ses sentiments affectifs.

Je reconnais aujourd'hui, non sans un peu de confusion, que cette étude a été, de ma part, trop étroite, ou incomplète. Il y a, chez Mme Laure Durand-Fardel, une bonté native ou acquise, et, dans tous les cas, une hauteur d'indulgence philosophique que je n'ai pas su mettre suffisamment en lumière. Cette indulgence est grande, cependant, et d'une espèce bien rare, car elle s'est exercée envers son critique indigne; non-seulement l'auteur ne s'est point montrée blessée de mes libres appréciations, mais elle a poussé la condescendance et la sérénité jusqu'à les discuter comme s'il se fût agi d'une autre qu'elle-même. Je ne saurais sans indiscrétion reproduire cette discussion, si intéressante qu'elle soit, et quelque envie que j'en aie. C'est bien assez de reconnaître mon peu de pénétration, et je ne me soucie point de me charger d'un nouveau méfait. Aussi bien ce que j'ai de mieux à faire aujourd'hui, c'est de recommander aux lecteurs de ce journal la nouvelle édition des récits de voyage d'une Parisienne allant de

Marseille à Yedo. Cette édition diffère peu de la première : « Quelques corrections, comme il y a toujours lieu d'en faire, quelques souvenirs qu'on avait oubliés, quelques renseignements complétés, voilà tout ce qui a été modifié. » Pour tout le reste, rien n'est changé. Le lecteur, indépendamment des détails curieux sur les intérieurs et les habitudes de l'extrême Orient, dont M[me] Durand-Fardel, en sa qualité de femme, a pu avoir le spectacle ou recevoir la confidence pour la première fois, le lecteur, dis-je, y trouvera, comme par le passé, la fraîcheur, la gaieté, la familiarité prime-sautière de l'expression, qui font le charme des correspondances écrites pour l'intimité, sans la préoccupation, souvent troublante, du public. — M. L.

—

De l'eczéma pilaire, par le docteur Hoel. In-8°. Thèse inaugurale. Paris, 1881. A. Coccoz.

Ce travail a été entrepris et poursuivi sous l'inspiration de l'éminent dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis. En effet, sous le nom d'*eczéma pilaire*, le docteur Besnier distingue une forme d'eczéma tout autre que celui qui accompagne l'eczéma des parties glabres. Il existe donc un eczéma pilaire proprement dit et un eczéma des régions pilaires qui dépend de l'eczéma ordinaire. Avec une forme clinique et un siège anatomique particulier, l'eczéma pilaire a une marche lente, souvent récidivante ; son traitement exige des soins minutieux, et même quelquefois l'épilation. L'auteur décrit deux formes d'eczéma pilaire : 1° l'eczéma simple avec ses variétés vésiculeuse, impétigineuse, squameuse ; 2° l'eczéma profond, qui présente aussi deux variétés : l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure (E. Besnier) et l'eczéma à forme pustuleuse. Le sujet de cette thèse n'est pas absolument nouveau ; mais elle a l'avantage de grouper en un seul faisceau les éléments de l'étude de l'eczéma pilaire qui, dans les Traités de dermatologie, sont dispersés dans divers articles : Impétigo, Sycosis, Eczéma. Elle contient, de plus, d'utiles renseignements cliniques sur le traitement et la symptomatologie de cette maladie dans chaque région (cuir chevelu, sourcils, cils, barbe, aisselles, pubis, grandes lèvres). A la suite de ce travail se trouvent trente observations qui, pour la plupart, ont été prises dans le service du docteur E. Besnier, ce qui leur donne une grande valeur.

Ch. Éloy.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Étude clinique sur l'asphyxie locale des extrémités et sur quelques autres troubles vaso-moteurs dans leurs rapports avec la fièvre intermittente*, par le docteur Mourson, médecin de 1[re] classe de la marine. — A la suite de l'impaludisme chronique, on observe quelquefois des *syndromes nerveux*, qui ne sont pas sans analogie avec ceux de l'intoxication diphthéritique. Dans les observations originales ou empruntées à divers auteurs qui font l'objet de ce travail, les malades étaient atteints d'asphyxie locale des extrémités ou bien de troubles nerveux analogues aux spasmes vasculaires des extrémités et de plus d'accidents intermittents ayant précédé ou suivi l'asphyxie locale ou alternant avec elle. Dans quelques-uns, l'asphyxie locale marchait de pair avec l'accès de fièvre, constituant de véritables accès qui se terminaient par un épiphénomène de tuméfaction douloureuse des extrémités, c'est-à-dire par la paralysie des vaso-moteurs. L'asphyxie locale ne se montre pas seulement après des accès de fièvre intermittente, elle survient aussi après la diarrhée paludéenne de Cochinchine.

Il résulte donc, des vingt-deux observations citées dans ce travail, que l'asphyxie locale a une relation d'origine avec les accès de fièvre intermittente, qu'elle peut les remplacer, et que les accidents nerveux qui la compliquent sont comparables aux manifestations larvées de l'impaludisme.

On peut classer ces accidents suivant un ordre méthodique ; en effet ils se montrent : 1° *dans les nerfs émanant du bulbe* (accidents épileptiformes et hystériformes) ; 2° *dans les organes innervés par le pneumogastrique avec ou sans association du sympathique* (accidents pulmonaires : congestions, pneumonies, etc. ; accidents gastro-intestinaux : vomissements, épigastralgie, congestions intestinales ; accidents cardiaques : irrégularité des pulsations du cœur, angine de poitrine, souffle) ; 3° *dans les nerfs grands sympathiques* (troubles oculaires : amblyopie, congestion, larmoiement ; troubles sécrétoires : diabète, polyurie, ictère) ; 4° *dans les nerfs périphériques vaso-moteurs, sensitifs ou moteurs* (herpès, urticaire, pemphigus, asphyxie des mamelles, rougeur, frissons localisés ; atrophie musculaire, adipeuse, épidermique ; anesthésie et hyperesthésie, parésies temporaires, tremblements).

Ces phénomènes peuvent s'expliquer jusqu'à un certain point par la théorie qui considère l'asphyxie locale des extrémités comme une névrose, par l'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle tenant sous sa dépendance l'innervation vasculaire. Il ne serait peut-être pas impossible d'expliquer l'origine paludéenne de ces accidents, par une irritation des vais-

seaux médullaires due à des dépôts mélanémiques. Cette irritation produirait les spasmes des extrémités. D'autres troubles matériels de la moelle, la congestion, l'inflammation pourraient donner lieu aux mêmes accidents.

Dans un dernier chapitre, l'auteur établit le rôle secondaire du froid dans l'étiologie de l'asphyxie locale. Il rappelle aussi que Raynaud a observé un cas d'asphyxie sous l'influence d'une insolation caniculaire. Ce fait établit une relation avec les accès de fièvre consécutifs aux insolations. Le froid et la chaleur ont donc la même action dans la pathogénie des accès d'asphyxie locale et de fièvre intermittente. Au point de vue thérapeutique, le sulfate de quinine, les courants continus descendants sur la colonne vertébrale, et les moyens dérivatifs agissant sur cet organe sont les agents de médication qui ont été favorables. (*Arch. de méd. navale*, t. XXXIII, p. 340 et p. 431, 1880.) — Ch. E.

*Note sur le parasitisme de la méningite cérébro-spinale et sur la néphrite infectieuse qui l'accompagne*, par M. Ernest Gautier. — Le sujet de l'observation est une femme de 30 ans, admise dans le service de M. Bucquoy à l'hôpital Cochin, pour une méningite cérébro-spinale avec phénomènes typhoïdes et signes de néphrite infectieuse. L'urine, extraite de la vessie, contenait un grand nombre de micrococcus, et, dans le sang retiré d'un doigt, on trouva les mêmes microphytes.

A l'autopsie, on constata les lésions caractéristiques d'une maladie infectieuse : saillie des follicules intestinaux, augmentation et ramollissement de la rate, dégénérescence graisseuse du foie, flaccidité et coloration feuille morte du cœur ; diffluence et coloration noire du sang congestion des viscères thoraciques et abdominaux. Les reins présentent les altérations de la néphrite infectieuse. La pie-mère rachidienne est infiltrée d'exsudats purulents, qui occupent également la trame de la pie-mère crâniene et s'étendent pour la base de l'encéphale, le long des scissures de Sylvius et de la scissure inter-hémisphérique. A ces exsudats sont mélangés de nombreux micrococcus.

La présence de ces microphytes dans l'urine, dans le sang et dans les exsudats méningés, peut expliquer peut-être la contagiosité de la méningite cérébro-spinale et la nature infectieuse de cette maladie admise par quelques médecins allemands. Il y aurait une infection primitive du sang par les microphytes causant les phénomènes typhoïdes; tandis que la méningite et la néphrite seraient la conséquence de l'accumulation des micrococcus dans les mailles de la pie-mère et sur le filtre rénal. (*Gaz. méd. de Paris*, p. 135, t. III, 1881, n° 10.)

Ch. É.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1881. — Présidence de M. Legouest.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bateman (de Londres) qui sollicite le titre de membre correspondant étranger et adresse, à l'appui de sa demande, la liste de ses travaux.

2° Une lettre de M. le docteur Laure, médecin de la marine en retraite, qui sollicite le titre de membre correspondant national et adresse, à l'appui de sa demande, la liste de ses travaux.

3° Une note de M. le docteur Jules Devilliers, de Liège (Belgique), sur un symptôme peu étudié de la diathèse rhumatismale. (Renvoyé à l'examen de M. Woillez.)

—

M. Richet présente : 1° au nom de M. Le Dentu, le deuxième volume du *Traité des maladies des voies urinaires* de Voillemier; — 2° au nom de M. le docteur Sirus-Pirondi (de Marseille), une brochure intitulée : *Des effets secondaires ou attardés de l'anesthésie et plus particulièrement de la chloroformisation.*

M. Jules Guérin présente, au nom de M. Ballot, médecin en chef de la marine en retraite, une brochure *Sur la fièvre jaune à la Martinique sous le rapport sanitaire.*

—

M. de Villiers lit le rapport de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance, pour l'année 1880. Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées, en comité secret, à la fin de la séance.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la première division.

Voici l'ordre de classement des candidats : en première ligne, M. Louis Penard (de Versailles) ; — en deuxième ligne, M. Lambron (de Luchon) ; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Berchon (de Pauilhac), Manouvriez (de Valenciennes), Mignot (de Chantelle).

Le nombre des votants étant de 65, majorité 33, M. Penard obtient 55 voix, M. Lambron 7, M. Berchon 1, M. Mignot 1, M. Manouvriez 1.

En conséquence, M. Louis Penard ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national.

—

M. Depaul, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, revient sur le débat qui s'est élevé, mardi dernier, entre lui et M. Jules Guérin. M. Depaul répète, contrairement aux affirmations de son collègue, que les conclusions de son rapport sur la vaccine, lu à l'Académie en 1867, furent votées par l'Académie, comme le compte rendu officiel inséré dans les *Bulletins* en fait foi.

M. Jules Guérin répond qu'il n'a jamais dit autre chose que ce que vient de dire M. Depaul ; seulement les conclusions de M. Depaul n'étaient pas de vraies conclusions, mais plutôt des propositions d'histoire naturelle. M. J. Guérin tenta d'y substituer de véritables conclusions en réponse à la demande du ministre. Il donne lecture de ces conclusions, qu'il crut devoir retirer alors devant l'accueil que lui fit l'Académie. Il est disposé à les reproduire lorsque la discussion sur la vaccine animale reviendra à l'ordre du jour.

—

M. Bouis lit un rapport sur les eaux minérales de Baracci (Corse).

M. Armand Gautier dit qu'il se propose de faire, mardi prochain, une communication sur les venins. Il se borne aujourd'hui à dire que, poursuivant les idées qu'il a déjà exposées sur l'existence des matières vénéneuses *dans les produits normaux d'excrétion*, il s'est demandé si les glandes salivaires ne produiraient pas chez les animaux supérieurs des substances toxiques analogues aux venins des serpents.

Il a trouvé, en effet, dans la salive humaine normale, une substance très toxique, surtout pour les oiseaux qu'elle stupéfie profondément, substance soluble et non albuminoïde, dont l'activité résiste à la température de 100°.

Elle est principalement formée d'un alcaloïde vénéneux à chloroplatinate et chloroaurate solubles et incristallisables et de la nature des alcaloïdes cadavériques.

L'extrait de la salive mélangé de ferricyanure de potassium, puis de sel ferrique, donne du bleu de Prusse, réaction propre à ces divers alcaloïdes cadavériques, et à ceux dont M. Gautier a signalé l'importance dans les urines normales et les veines des serpents.

On voit, ajoute M. Gautier, combien ces alcaloïdes que l'on n'a trouvés d'abord que dans les produits putrides ont d'importance en physiologie générale. Ils lui paraissent être des produits nécessaires de la désassimilation normale des tissus.

— A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. de Villiers, ainsi que celle de divers rapports de prix.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 8 au 13 juillet 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 858. — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 17. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 15. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 37. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 117. — Autres tuberculoses, 3. — Autres affections générales, 43. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchites aiguës, 14. — Pneumonie, 49. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 73 ; au sein et mixte, 41 ; inconnu, 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 67 ; circulatoire, 53 ; respiratoire, 45 ; digestif, 30 ; génito-urinaire, 22 ; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 6. — Morts violentes, 52. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 28e semaine. — La fête nationale du 14 juillet se trouvant cette année un jeudi, nous n'avons pas reçu des mairies les documents relatifs à ce dernier jour, de sorte que nous ne pouvons relater les faits démographiques que de six jours seulement (au lieu de sept) ; et par une conséquence obligée, notre prochain bulletin comprendra huit jours.

Cet état de choses nous empêche de pouvoir apprécier la valeur relative des chiffres de la présente semaine de six jours. Si l'on voulait absolument en présumer la valeur par à peu près, il faudrait augmenter de 1/6 les chiffres de cette semaine ; alors les 866 décès qu'on y a enre-

gistrés en supposeraient 1,010 pour la semaine normale, en admettant que les décès dénoncés le dernier jour soient précisément proportionnels à ceux des jours précédents, ce qu'il serait fort téméraire d'affirmer. Il nous paraît donc qu'il vaut mieux ajourner les appréciations. Nous nous bornerons à signaler 3 décès par diphthérie en chacun des 43[e] et 51[e] quartiers (*Roquette et Maison-Blanche*), et 4 victimes de la même affection dans le 72[e] (*La Chapelle*). Nous exprimons le regret qu'aucun des praticiens de ce dernier quartier n'ait jugé à propos de détacher quelques cartes postales de leur carnet de morbidité, afin de renseigner notre service sur une épidémie de diphthérie assez intense pour déterminer 4 décès en six jours sur une population générale qui, nous le pensons, ne saurait guère dépasser 25,000 habitants.

D[r] BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## FORMULAIRE

### COMPRESSES CALMANTES DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE. — VULPIAN.

Pour calmer les douleurs de l'ataxie locomotrice, on imbibe d'eau des compresses pliées en plusieurs doubles, on exprime l'eau, on arrose les compresses avec une cuillerée à café de chloroforme, et on les applique sur les régions douloureuses, en les recouvrant de taffetas gommé. Elles produisent un double effet de révulsion et d'anesthésie, qui a pour effet de calmer la douleur. — On peut les employer également, ou bien recourir à la pommade au chloroforme, dans le cas de névralgie des nerfs situés superficiellement et dans le rhumatisme musculaire. — S'agit-il de mettre à profit, pour l'anesthésie locale, le froid résultant de l'évaporation, on doit donner la préférence à l'éther. — N. G.

## COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

LE CENTENAIRE DE STEPHENSON. — Le 9 juin 1881, l'Angleterre a célébré le centenaire de Georges Stephenson, né dans une modeste maison, sur le bord de la Tyne, près du village et du charbonnage de Wylam (Northumberland).

Fils d'un ouvrier mineur, gardeur de vaches dans son enfance, Stephenson montra de bonne heure une grande aptitude pour la mécanique. Il conçut dès 1812 le projet d'employer la vapeur comme moyen de traction sur rails; et le 25 juillet 1814, il plaça sur la voie ferrée qu'il avait fait établir, la première locomotive.

Longtemps les machines qu'il construisit restèrent sans perfectionnement, mais après la locomotive *Rushing Billy*, qu'on voit à Kensington, après le *Royal George*, locomotive construite par Hackword en 1827, vint le *Rocket*, qui permit de produire rapidement et économiquement la vapeur.

Ce jour-là commença l'ère des chemins de fer. (*Le Monde de la Science*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 23 juillet 1881 (local de la Société de chirurgie), rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures 1/2 très précises.

*Ordre du jour :* 1° Communication ayant pour titre : Quelques considérations cliniques sur le muscle releveur de l'anus chez la femme, par M. Budin. — 2° Note sur quelques tumeurs péri-uréthrales peu connues d'origine blennorrhagique, par M. Mauriac. — 3° Communication de M. Thevenot sur les pessaires à antéversion. — 4° Communication sur la natalité considérable de la race nègre aux États-Unis, par M. Chervin. — 5° Vote sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Devalz.

A l'ACADÉMIE DES SCIENCES (séance du 13 juin 1881), M. Wurtz a présenté une note de M. le docteur Bouchut sur le traitement du CROUP, ANGINE COUENNEUSE par la solution concentrée de papaïne. MM. Trouette-Perret, 68, rue de Rivoli, préparent une solution concentrée, titrée et dosée pour cet usage, appelée *Solution de Papaïne Trouette-Perret*. que l'on emploie en badigeonnages dans la gorge avec un pinceau ; exiger le produit Trouette-Perret, le seul actif. (Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies).

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C[e], rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE INTERNE

## ARTÉRITE GÉNÉRALISÉE; FAITS CLINIQUES; LÉSIONS ARTÉRIELLES ET VISCÉRALES; DÉSORDRES FONCTIONNELS, ÉVOLUTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Leçons faites à l'hôpital de la Pitié, le 7 novembre 1879, par le docteur E. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

Recueillies par M. Armand DELPEUCH, interne des hôpitaux.

L'artérite, dont les suites si graves sont loin d'être toujours rattachées à leur véritable cause, présente des caractères anatomiques spéciaux en raison de la nature du tissu qu'elle affecte. Les parois artérielles sont peu exposées aux inflammations exsudatives et suppuratives; mais, par contre, les phlegmasies que Hunter appelait adhésives et que nous nommons aujourd'hui prolifératives ou scléreuses y sont des plus fréquentes. De jeunes éléments prennent naissance dans la tunique interne ou dans la tunique externe, envahissent la tunique moyenne, de sorte que la paroi vasculaire se trouve, après un certain temps, altérée dans toute son épaisseur. Cette extension du processus inflammatoire étant, pour ainsi dire, constante, il importe peu de savoir quel est le point de départ exact de l'altération : aussi les dénominations d'endartérite, de périartérite, de mésartérite, sont-elles la plupart du temps superflues. Nous donnons le nom d'artérite à toute inflammation des parois artérielles.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait qu'une seule forme d'artérite, et qu'une description unique puisse embrasser toutes les inflammations artérielles. L'examen attentif des faits nous apprend qu'il y a plusieurs artérites, distinctes à la fois par leurs causes, leurs caractères anatomiques, leur évolution et leurs effets sur les organes. Dans une première forme, la lésion est circonscrite et n'atteint qu'un point du système artériel, un seul vaisseau, de calibre moyen, et de préférence une des artères cérébrales, dont elle détermine l'oblitération : c'est l'artérite oblitérante qui se développe ordinairement, mais non toujours, sous l'influence de la syphilis. Une seconde forme est caractérisée par la présence de plaques scléreuses plus ou moins étendues, siégeant surtout dans l'aorte, plaques qui finissent souvent par se ramollir et deviennent ainsi des causes de perforation ou de dilatation anévrys-

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Heureux vous tous à qui les terribles chaleurs de ces jours passés n'ont enlevé ni le courage ni la force du travail! Tel n'a pas été mon sort, et c'est à peine même si, à l'heure actuelle, où le thermomètre est pourtant descendu de 35° à 16°, je peux tenir cette plume, qui serait si heureuse de pouvoir vous distraire.

Donc, ne me sentant pas disposé à continuer aujourd'hui la galerie de la Faculté parisienne en 1826, je vous demande la permission, très aimable et honoré lecteur, de fouiller dans mes notes de lecture et dans les *Singularités médicales,* travail plus en rapport avec mes fonctions cérébrales du moment.

Et cela me rappelle que je n'ai pas terminé de vous présenter l'*Éloge de la goutte.* Payons donc d'abord cette vieille dette.

***

« Non contente de rendre ses sujets bons orateurs, la goutte en fait encore des astrologues infaillibles, des médecins habiles et des philosophes accomplis. Oui, Messieurs, dès qu'un homme est goutteux, la science de l'avenir lui est donnée par infusion. Jamais astrologue n'a connu, aussi certainement qu'un goutteux, les changements des temps et la malignité des influences qui règnent dans l'air. Sans tables astronomiques, sans lunettes, sans astrolabe, sans passer les nuits à calculer les mouvements des cieux, il sent, il devine les conjonctions

male : cette forme se rencontre communément chez des personnes qui ont été soumises à une intoxication palustre. Une troisième forme, plus commune et plus importante que l'*artérite circonscrite* ou que l'*artérite en plaques*, est l'*artérite généralisée* qui, tout en n'ayant qu'une faible tendance à déterminer des oblitérations ou des anévrysmes, peut envahir presque toute l'étendue du système artériel, et être la source d'accidents graves et multiples dans les différents viscères. C'est l'artérite des gens âgés, des saturnins et des goutteux; mais souvent, nous devons le reconnaître, elle se développe sans que nous puissions découvrir la cause qui lui a donné naissance.

Cette forme seulement va nous occuper; c'est celle qui existait du reste chez les malades qui font le sujet des observations suivantes.

Au n° 32 de la salle Sainte-Marthe, est couché le nommé L. J., glaceur de papier, âgé de 37 ans. Ce malade, dont le père et la mère se portent bien, a perdu son grand-père d'une affection du cœur. Quant à lui, il a joui d'une bonne santé jusqu'en 1877 : déporté à Nouméa en 1872, il ne se plaint pas d'avoir vécu dans de mauvaises conditions hygiéniques, il n'a eu ni scorbut, ni attaques de rhumatisme, ni fièvres intermittentes; Parisien de naissance, il n'avait jamais été soumis antérieurement à l'intoxication palustre; il n'a pas eu la syphilis et n'est pas buveur. Il aurait seulement, pendant sa déportation et après son retour, travaillé beaucoup, et son métier de glaceur de papier est très pénible.

Il y a deux ans, il tomba malade à Paris pour la première fois; il toussa pendant trois mois, eut des hémoptysies abondantes, après lesquelles il se sentait soulagé, puis un œdème généralisé; un médecin le traita pour une lésion cardiaque. L'œdème disparut, mais depuis lors ce malade est resté sujet à des accès de douleurs violentes qui, partant de la poitrine, irradient dans les bras; il a, de plus, de l'insomnie et des cauchemars.

Le 20 octobre, il est admis dans notre service; c'est un homme bien constitué, sans aucun attribut diathésique; il a le système pileux développé, la peau blanche, d'épaisseur normale; il est maigre et son visage est pâle, à l'exception des pommettes. Il se plaint de ne pouvoir faire de mouvements sans éprouver aussitôt des battements douloureux et pénibles à la région cardiaque. Il n'accuse aucun trouble digestif, ne tousse pas et ne présente pas trace d'œdème.

La palpation de la région du cœur permet de constater que la pointe de cet organe est abaissée de deux centimètres et qu'il existe à la base un frémissement

---

funestes ou les aspects favorables des planètes; il vous prédira infailliblement, plusieurs jours même avant que cela arrive, la pluie, la grêle, les vents furieux et les tempêtes; vous pouvez l'en croire; et le savoir d'un faiseur d'almanachs et du plus routiné astrologue, n'est rien en comparaison de la certitude qui accompagne les prédictions d'un goutteux.

Pour ce qui regarde la médecine, un goutteux n'est pas longtemps sans y exceller, car, Messieurs, entre nous, en quoi consiste toute l'habileté du plus fameux médecin?

[Je supprime ce passage, qui n'est qu'une insolente et peu spirituelle satire contre la médecine et les médecins.]

Mais, laissons là ces sciences équivoques et dangereuses, attachons-nous à l'effet de la goutte le plus certain et le plus merveilleux : c'est, Messieurs, la promptitude avec laquelle elle délivre un homme de ses erreurs et de ses vices pour l'orner de toutes sortes de vertus. Les plus beaux préceptes de la philosophie, les plus saintes leçons de la théologie, les discours les plus pathétiques des prédicateurs feraient moins d'impression en dix ans, sur le cœur endurci d'un pécheur, que la goutte ne fait en trois mois, en lui ôtant l'usage des pieds et en le réduisant à l'état d'avoir besoin du secours de tout le monde; elle le persuade efficacement du peu de fond que l'homme doit faire sur la beauté du corps et sur la vigueur du tempérament. Bientôt elle le rend humble et souple à la vue de sa misère. Cet homme dur, fier, hautain, méprisant, est devenu la douceur, la patience, la complaisance même; ce débauché, ce voluptueux, qui allait dissiper follement son temps et ses biens dans les académies et chez les vendeurs de liqueurs, qui se plaisait à courir les spectacles, apprend à faire un meilleur usage d'une vie qui est si courte, et d'un argent dont on a tant de besoin dans les occasions justes et indispensables. . . . .

L'on aura moins de peine à croire que la goutte produise des effets si heureux et si sur-

vibratoire; à l'auscultation, on entend un bruit de souffle diastolique très intense, perceptible dans toute la région, mais ayant son mouvement à la base et se prolongeant dans les vaisseaux du cou et dans l'aorte. Le pouls régulier, bondissant, présente les caractères du pouls dit de Corrigan. Les carotides battent violemment; l'application du stéthoscope permet d'y entendre un souffle très net.

La respiration est partout normale; on entend seulement quelques sibilances à la base des deux poumons. Les urines sont peu abondantes, car le malade n'en rend pas un litre dans les vingt-quatre heures; elles sont foncées, très denses (1030) et traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles donnent lieu à un précipité albumineux, peu floconneux. Traitement : iodure de potassium, 1 gramme, extrait thébaique, 0,05 centigrammes.

Les jours suivants, l'état reste le même : la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures varie entre trois quarts de litre et un litre et quart. Le symptôme le plus pénible pour le malade, ce sont les battements carotidiens.

Le 5 novembre. Sans qu'il soit survenu d'œdème ni aucun symptôme d'urémie, le malade est en proie à une dyspnée excessive, assis sur son lit ou penché en avant. Il contracte énergiquement ses muscles sterno-cleido-mastoïdiens et intercostaux; trente-six inspirations à la minute, quelques râles sibilants en arrière, rien de nouveau à l'auscultation du cœur. Aujourd'hui 7 novembre, la dyspnée est moindre; les urines ne renferment pas d'albumine; néanmoins, le malade a pâli depuis son entrée.

Quel diagnostic porter dans ce cas particulier? Comment expliquer un ensemble symptomatique aussi complexe que celui en face duquel nous nous trouvons? En d'autres termes, notre malade est-il atteint d'une affection du cœur avec lésion secondaire des reins, ou inversement? Quel est le lien qui réunit les désordres présentés par ces deux organes? D'où vient la dyspnée excessive dont vous êtes témoins chaque jour? A mon avis, ni le cœur, ni le rein ne sont primitivement atteints, mais un organe intermédiaire, l'aorte. Le souffle de l'aorte nous révèle effectivement l'existence d'une dilatation de ce vaisseau et, partant, d'une aortite avec insuffisance des valvules sigmoïdes, et l'albuminurie est un symptôme qui nous porte à croire que non-seulement l'aorte thoracique, mais encore l'aorte abdominale est altérée, et qu'il s'agit ici d'une aortite généralisée. Quant au cœur, il est le siége d'une hypertrophie consécutive à la dilatation artérielle et à l'insuffisance des valvules de l'aorte. Les crises douloureuses assez semblables à des accès d'angine de poitrine dont se plaint

---

prenants, quand on saura que le vrai mérite de la goutte est de nous guérir de trois vices dominants, de trois maîtresses passions : l'ivrognerie, l'amour et la colère; passions qui entraînent après elles toutes les autres; passions d'autant plus funestes qu'elles nous sont familières et qu'elles naissent souvent du tempérament. Oui, Messieurs, la goutte réussit admirablement à éteindre et à modérer dans l'homme l'amour désordonné des femmes, les fougues impétueuses de la colère et les excès de l'intempérance; il ne faut qu'être goutteux pour en être convaincu. Quelles promesses, quels serments ne fait-on pas? Il est ordinaire de voir des gens dans les autres maladies former les mêmes vœux, donner les mêmes paroles dont ils ne se ressouviennent plus dès qu'ils sont hors de danger; il n'en est pas de même d'un goutteux, persuadé qu'il est par les raisonnements de ses médecins et par l'expérience de tous les siècles, que l'excès des femmes, du vin et de la colère produisent à coup sûr les douleurs de la goutte; il a un intérêt considérable à s'en abstenir, et il n'a garde de violer des promesses dont l'inexécution rappellerait des douleurs qu'il appréhende si fort; il ne prend donc plus du vin et des femmes qu'autant que cela aide à sa santé, et il s'applique à arrêter et à tempérer les saillies de son tempérament. S'il vient à s'oublier, à s'émanciper, bientôt la goutte, prompte à punir un parjure, vient, avec des douleurs plus vives et plus perçantes, le remettre dans le bon chemin, et le contraint d'être sage et modéré malgré lui. »

***

*De quelques antipathies.* — Un lieutenant-colonel écossais ne pouvait ni voir ni même entendre croasser une grenouille sans se trouver mal. D'autres sont affectés de même par la présence d'un chat; quelques-uns sont blessés de l'odeur et de la vue du fromage. Les faits de cette sorte sont sans nombre. Il en est qui sont moins communs. Ainsi on cite un étudiant

le malade sont dues soit à la participation du plexus cardiaque, soit à l'altération de l'aorte et au rétrécissement des artères coronaires; quant à la dyspnée, elle est susceptible de deux interprétations; elle se lie ou bien à l'état du cœur et de l'aorte, ou bien à l'état des reins. La crainte d'une dyspnée urémique nous a déjà conduit à administrer des purgatifs qui ont paru soulager le malade. En somme, aortite généralisée avec hypertrophie du cœur, crises sternalgiques et néphrite artérielle, tel est le diagnostic qui nous paraît ici très vraisemblable (1).

(1) Tel était l'état de ce malade au moment de notre leçon; voici maintenant la fin de son observation:

12 novembre. Le malade éprouve dans la nuit de vives douleurs qui de la région du cœur irradient dans les bras jusqu'aux plis du coude et s'accompagnent de sensation d'angoisse. L'accès se termine comme les précédents par un besoin irrésistible d'uriner. La faiblesse est grande et le moindre effort amène un état voisin de la syncope.

14 novembre. Léger nuage albumineux dans l'urine; un litre et demi de ce liquide a été rendu dans les vingt-quatre heures. La dose d'iodure de potassium est portée à 3 grammes.

18 novembre. Les douleurs de la région sternale sont plus fréquentes et plus intenses. Le malade compare la sensation qu'il éprouve dans la poitrine à un déchirement, à un arrachement; il accuse des vertiges dans la position assise.

21 novembre. Un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures. Densité 1035, précipité albumineux. 23 novembre. Mort subite à neuf heures du soir pendant un effort de défécation. Le malade avait été, dans la journée, plus pâle et plus abattu que de coutume.

*Autopsie.* Absence d'œdème et d'ascite. Le foie est induré, diminué de volume, légèrement granulé à sa surface; à la coupe, il paraît congestionné, parsemé de points brunâtres et jaunâtres (foie noix muscade). La rate est volumineuse, indurée, en partie recouverte de plaques fibreuses. Les deux reins présentent les mêmes altérations : leur tissu est dur à la coupe; la substance corticale, atrophiée, a une teinte violacée; sa surface est parsemée de granulations jaunâtres; la capsule se détache facilement. Les artères rénales indurées et béantes ont une teinte opaline à leur surface interne.

La mort étant survenue en plein travail de digestion, l'estomac contient des aliments, la membrane muqueuse est très congestionnée.

Le cœur est volumineux, hypertrophié à gauche, dilaté à droite; il renferme dans ses cavités du sang liquide et quelques caillots cruoriques.

Les valvules sigmoïdes à peine altérées sont légèrement insuffisantes; à 2 centimètres de l'orifice aortique, existe une lésion caractérisée par l'épaississement de la tunique interne de l'aorte, qui fait saillie et forme un bourrelet festonné, lequel rétrécit l'orifice d'une des artères

---

en médecine de Leyde qui avait la plus forte antipathie pour l'absinthe; la plus petite quantité, mélangée et déguisée sous quelque apprêt que ce fût, provoquait des vomissements violents. Fabrice de Hilden a connu un garçon de 5 à 6 ans, qui, depuis une longue maladie, avait pris une si grande aversion pour le pain, qu'il ne pouvait ni en voir ni même en entendre parler sans tomber en syncope. Quand je le vis, dit cet auteur, il y avait déjà trois ans qu'il était sujet à cette étrange antipathie et j'ignore ce qu'il devint par la suite.

Le savant commentateur de Boerhaave rapporte un fait qui pourra peut-être paraître moins étrange, mais qui pourtant est fort singulier. Il dit qu'une fille ayant été, malgré elle, mariée à un jeune homme qu'elle n'aimait pas, tombait en syncope toutes les fois qu'elle voyait son mari, et qu'elle poussait si loin sa haine pour lui, qu'à l'église elle ne pouvait entendre, sans se trouver mal, rien de relatif à l'amour que les chrétiens doivent avoir pour le Sauveur, parce qu'elle se rappelait alors celui qu'elle devait à son époux.

***

On ne lit pas assez les journaux américains. On y découvre toujours d'étranges choses, dit M. P. G. dans le *Constitutionnel.*

Voici que l'un d'eux nous annonce très gravement, qu'une association vient de se former pour l'institution d'un baccalauréat... ès-mariage.

Non, en vérité, il ne s'agit en aucune façon d'une plaisanterie. L'*Harmonical Association* — c'est le nom de la Société — tient chaque dimanche matin, à Sleck-Hall, quatorzième rue, les séances les plus sérieuses du monde, et, sous la présidence du vertueux M. Andrew Jackson Davis et de sa digne épouse, on n'a pas l'air, — à en juger par les procès-verbaux, — de passer le temps en fariboles.

coronaires et retombe comme une valvule au devant de l'autre orifice, le masquant complètement, au point qu'on n'a pu le trouver qu'en introduisant dans l'artère un fin stylet.

Les gros troncs qui naissent de la crosse de l'aorte sont rétrécis au niveau de leur origine; la tunique externe de ce vaisseau n'est nullement injectée et le plexus cardiaque disséqué avec soin ne paraît pas altéré. L'aorte abdominale est le siège de saillies ainsi que les vaisseaux qui en naissent. Les poumons sont légèrement congestionnés, les feuillets de la plèvre gauche sont adhérents. Les méninges sont opalines à leur convexité; les artères sylviennes sont blanches, épaisses, dures à leur origine; les cérébrales postérieures et les cérébelleuses présentent quelques plaques opalines.

Les deux genoux offrent les lésions de l'arthrite sèche. La synoviale est injectée, les cartilages articulaires sont érodés par places et entourés, au niveau des condyles, d'un rebord osseux, saillant, inégal. Les os sont friables et se laissent couper facilement.

*(La suite à un prochain numéro.)*

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS;

Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 23 juin 1881 (1),

Par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

**Résumé des observations des malades traitées par la peptone mercurique ammonique,**

DU 20 AVRIL AU 20 JUIN 1881.

Première et deuxième séries.

(Injections à 2 milligrammes tous les trois jours.)

OBS. I. — Camille L..., 18 ans, domestique, salle Saint-Louis, n° 16. Entrée le 15 avril 1881.

Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires. Malade depuis deux mois environ.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques multiples des grandes lèvres et du pourtour de l'anus. Sur le bord libre de la petite lèvre droite, érosion arrondie à fond rouge, lisse, vernissé, reposant sur une base présentant une induration foliacée (chancre infectant remontant

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juillet.

Après tout, le projet du bon M. Davis est digne d'attirer l'attention de tous ceux qu'intéresse « l'amélioration physique et morale de l'espèce humaine », comme dirait M. Prudhomme. Essayons de l'analyser dans ses grandes lignes.

***

Le principe d'où il part est celui-ci : la société doit-elle rester désarmée, comme elle l'a été jusqu'ici, contre les unions formées par le hasard, sans égard pour les affinités de naissance et d'éducation qui devraient toujours présider au rapprochement légal qui doit être la base de la perpétuité de la race dans une société régulière? Ou bien la société a-t-elle le droit d'assurer son avenir par l'observation de certaines conditions sans lesquelles l'espèce humaine ne saurait atteindre un degré de perfection qui lui est manifestement assigné dans les décrets de la Providence?

L'*Harmonical association* a résolu cette seconde question par l'affirmative, et elle assure que les maux, les vices et les crimes qui affligent l'humanité sont, pour la plupart, le résultat des mariages mal assortis.

« Il est du devoir de l'individu, dit l'honnête M. Davis, de connaître les lois essentielles et immuables, telles qu'elles se manifestent dans le monde matériel et spirituel, et c'est de même la mission de l'État de prévenir, en imposant l'obéissance à ces lois, la génération et la perpétuation de la maladie, de l'injustice, de l'immoralité, du crime et de la misère morale. »

En d'autres termes, le réformateur du mariage veut empêcher la continuation du système actuel, par lequel deux personnes de sexe différent, si ignorantes, si mal constituées, si impropres qu'elles soient à subir les responsabilités de la parenté, peuvent obtenir la sanction du prêtre ou du magistrat.

à deux mois et se transformant en syphilide papulo-hypertrophique légèrement érosive). Polyadénite inguinale double aphlegmasique. Pas de syphilides cutanée, buccale, vaginale et utérine.

*Traitement.* — Bains d'amidon. Cautérisations au nitrate d'argent. Injections de peptone mercurique (2 milligr. de sublimé) les 19, 22, 25, 28 avril; 1er, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31 mai; 3 juin. — Total : 16 injections.

Dès le 19 mai les syphilides vulvaires et anales avaient complétement disparu. Pas de douleur ni de chaleur. Aucune réaction locale ; pas de salivation.

*Exeat*, guérie, le 4 juin.

Obs. II. — Fernande G..., 17 ans, couturière, salle Saint-Alexis, n° 46. Entrée le 15 avril 1881.

Antécédents strumeux (gourme, adénite, ophthalmie. Perforation du lobule des deux oreilles). Entre à Lourcine pour syphilis et vaginite remontant à deux mois.

*Examen.* — Syphilides érosives circonscrivant tout l'orifice anal. Syphilides hypertrophiques des grandes lèvres qui sont œdématiées. Vagin chaud, rouge, purulent. Rien à l'urèthre. Syphilide érythémateuse du tronc et des membres. Syphilide papuleuse disséminée du tronc. Polyadénite inguinale. Céphalée. Courbature. Insomnie.

*Traitement.* — Cautérisations au nitrate d'argent. Bains d'amidon. Cataplasmes Lelièvre. Injections de peptone mercurique, tous les trois jours 2 milligrammes, les 16, 19, 22, 25, 28 avril ; 1er, 4, 7 mai. — Total : 8 piqûres.

Sauf la première piqûre, qui fut douloureuse pendant toute la journée et la nuit suivante, pendant laquelle la malade ne put se coucher sur le dos, les autres ne produisirent ni douleur, ni cuisson, ni cicatrice, ni nodosité.

Dès le 1er mai les syphilides s'étaient affaissées.

*Sortie* le 8 mai. La malade ne présente plus comme symptôme de syphilis que la syphilide érythémateuse du tronc, qui a considérablement pâli.

Obs. III. — Jeanne G..., 41 ans, journalière, salle Saint-Alexis, n° 14. Entrée le 19 avril.

Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires.

Au mois de janvier, la malade dit s'être aperçue, vingt jours environ après avoir bu dans un bol où buvait une personne atteinte de maladie vénérienne, de l'existence d'une érosion à la lèvre inférieure qui dura plus de deux mois, et s'accompagna d'adénite sous-maxillaire volumineuse. Elle fut, à cette époque, soignée pendant dix jours à l'hôpital Beaujon (service de M. Tillaux) où on diagnostiqua un chancre induré de la lèvre inférieure. Pendant un mois et demi elle prit chez elle, tous les jours, une pilule de protoiodure de mercure. Durant cette période apparurent des syphilides cutanées et buccales qui nécessitèrent son entrée à Lourcine.

---

***

Que faire alors ? Oh ! une chose bien simple, répond l'*Harmonical Association*, instituer un jury d'hommes et de femmes ayant des connaissances médicales et physiologiques, qui aura pouvoir d'examiner *scientifiquement* l'état physique et moral de chaque personne se présentant comme aspirant à la relation matrimoniale.

On donnera des notes, absolument comme dans les autres examens, et, les épreuves subies, le jury accordera ou refusera le certificat de capacité.

Comme au baccalauréat, il y aura sans doute d'heureux candidats reçus avec la note *très bien*. D'autres devront se contenter de la mention *passable*.

Enfin on retrouvera, comme à la Sorbonne, la série des « retoqués », se présentant avec une résignation douce à toutes les « sessions »... Le côté pittoresque de ce concours d'un nouveau genre se développe de lui-même, sans qu'il soit besoin d'insister !

Longtemps avant le digne M. Davis et l'*Harmonical Association*, la vieille chanson avait déjà dit :

Il faut dans le mariage
Des époux bien assortis...

Mais l'idée d'un examen pour arriver à ce but, ne pouvait naître, assurément, que dans une cervelle américaine !

Voilà le projet. S'il arrive à être présenté aux Chambres américaines, je regretterai éternellement de ne pouvoir assister à la séance où il sera discuté !

*Examen.* — Syphilides érosives volumineuses de la lèvre inférieure, des gencives, des amygdales. Adénite sous-maxillaire et cervicale postérieure non douloureuse. Syphilide érythémateuse du tronc et des membres. Syphilides pustulo-croûteuses multiples, volumineuses, du dos, des épaules, de la poitrine, de la face, du cuir chevelu. Deux petites syphilides érosives de la grande lèvre droite. Polyadénite inguinale. Alopécie, courbature, céphalée, insomnie, algidité périphérique continue.

*Traitement.* — Injections de peptone mercurique répétées tous les trois jours, 2 milligrammes : 20, 23, 27, 30 avril ; 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30 mai ; 2, 5, 8, 11 juin. — Total : 18 injections.

Ni douleur, ni stomatite. Pas de nodosités. Aucun accident.

Dès le 6 mai (sixième injection), les syphilides vulvaires ont disparu, les syphilides buccales également. Les syphilides cutanées s'affaissent.

*Exeat* sur sa demande le 13 juin. Persistance de quelques syphilides cutanées et d'un peu d'enrouement dû à la parésie des cordes vocales qui, examinées au laryngoscope, ne présentent aucune lésion.

Obs. IV. — Louise P..., 19 ans, passementière, salle Saint-Alexis, n° 16. Entrée le 19 avril.

Antécédents strumeux (gourme, ophthalmie, adénite). Syphilis remontant à un an, soignée pendant un mois à l'Hôtel-Dieu avec mercure et iodure de potassium. Alopécie, céphalée, courbature, insomnie, algidité périphérique.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres. Folliculite inflammatoire. Rien à la vulve, au vagin, à l'utérus, à la gorge. Traces cuivrées de syphilides cutanées remontant à huit mois.

*Traitement.* — Injections tous les trois jours, 2 milligrammes : 21, 24, 27, 30 avril ; 3, 6 mai. — Total : 6 injections.

La malade se plaint de douleurs assez vives au point piqué lors de la première piqûre. Impossibilité de se coucher de ce côté. Cette douleur dure deux jours ; et, cependant, il n'y a aucune trace de la piqûre, aucune induration. La deuxième injection est également douloureuse, pendant vingt-quatre heures seulement ; les quatre autres piqûres ne sont plus douloureuses. Pas d'accidents locaux.

Dès le 30 avril, les syphilides vulvaires s'affaissent presque complètement.

*Sortie* le 7 mai, sur sa demande.

Obs. V. — Agathe A..., 27 ans, blanchisseuse, salle Saint-Louis, n° 9. Entrée le 19 avril 1881.

Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires.

*Examen.* — Sur les grandes lèvres, à leurs faces interne et externe, dans les plis génito-cruraux, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques remontant à quatre semaines environ.

---

*
* *

Pourrais-je mieux faire qu'en vous apprenant qu'il existe une *Somnambule spéciale aux villes d'eaux?* Je l'ai appris moi-même par une annonce portant ce titre et ainsi formulée :

« Consultez pendant la saison, la plus grande célébrité de Paris, ayant 48 ans de succès constants et dont la lucidité parfaite est constatée.

Elle donne toujours, comme les années précédentes, ses consultations par correspondance dans toutes les stations balnéaires. Elle est le guide indispensable de tout traitement sérieux et vraiment efficace.

Maladies (découvre et guérit les) sous la direction d'un habile docteur de la Faculté de Paris, cas désespérés ou rebelles, malades abandonnés.

Vous encore qui venez chercher ici le repos et qui ne le trouvez nulle part, parce que vous êtes inquiet, que vous désirez savoir et découvrir, *consultez-la.*

*Le passé, le présent, l'avenir,* la vie tout entière dévoilée.

Recherches, objets perdus, personnes absentes ou éloignées.

Entreprises, naissances, mariages, décès, etc., etc.

Écrivez à Mme X..., somnambule extra-lucide, rue , n° , Paris.

Affranchir et timbre pour réponse. (58,995) »

Quelle audace d'un côté ! Quelle bêtise de l'autre !

Dr Simplice.

Il en existe également, mais moins volumineuses, à la face interne des petites lèvres qui sont saillantes, œdématiées, et au pourtour de l'anus. Folliculite syphilitique multiple. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Alopécie depuis quinze jours. Pas de céphalée ni de courbature. Rien à la gorge. Syphilide érythémateuse du tronc et des membres. Vitiligo syphilitique de la nuque qui présente aussi quelques syphilides papulo-squameuses.

*Traitement.* — Injections tous les trois jours, 2 milligrammes : 20, 23, 27, 30 avril; 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 31 mai; 2, 5, 8 juin. — Total : 17 injections.

*Aucun accident*, sauf légère cuisson pendant une heure après l'injection, mais seulement lors des cinq premières injections. Dès la sixième piqûre, les syphilides vulvaires et buccales s'affaissent notablement.

*Sortie* le 10 juin. Syphilides vulvaires ont totalement disparu. Quelques syphilides papuleuses du tronc persistent seules. Aucune trace des 17 injections.

Obs. VI. — Victoire H..., 22 ans, blanchisseuse, salle Saint-Alexis, n° 35. Entrée le 26 avril 1881.

Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires.

Est restée, il y a deux mois, quinze jours dans le service de M. Gouguenheim pour une syphilis remontant à quinze jours. N'a suivi aucun traitement depuis sa sortie de Lourcine.

*Examen.* — Au pourtour de l'anus, sur les grandes lèvres, qui sont très tuméfiées, surtout la gauche, sur les deux faces des petites lèvres, nombreuses syphilides papulo-érosives de volume variable. Polyadénite inguinale. Vagin sain. Rien à la gorge. Syphilide érythémateuse généralisée sur le tronc.

*Traitement.*— Injections tous les trois jours, 2 milligrammes : 27, 30 avril; 3, 6, 9, 12 mai. — Total : 6 injections.

Aucun accident. Pas de douleurs. Pas de traces.

*Sortie* le 13 mai, sur sa demande. Amélioration très notable des syphilides vulvaires, dont quelques-unes ne sont pas encore complétement cicatrisées.

Obs. VII. — Alphonsine V..., 23 ans, couturière, salle Saint-Alexis, n° 7. Entrée le 26 avril.

Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires.

*Examen.* — Sur les grandes et les petites lèvres, dans les plis génito-cruraux, au pourtour de l'anus, très nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques volumineuses remontant à un mois environ. Polyadénite inguinale double, indolente. Vagin un peu rouge, chaud et purulent. Pas de syphilides vaginales ni utérines. A la face interne de la lèvre supérieure, sur les deux amygdales, syphilides érosives. Syphilide papuleuse du tronc, de la face, des membres supérieurs. Grossesse de quatre mois.

*Traitement.* — Injections tous les trois jours, 2 milligrammes : 27, 30 avril; 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 mai. — Total : 9 injections.

Aucun accident, sauf petite *nodosité* au point où fut faite la cinquième piqûre, nodosité qui ne persista que quarante-huit heures, sans aucune douleur.

La malade sort le 23 mai. Les syphilides buccales ont disparu, les vulvaires se sont affaissées, les cutanées persistent.

Obs. VIII. — Marie T..., 36 ans, domestique, salle Saint-Alexis, n° 22. Entrée le 8 mai.

Pas d'antécédents héréditaires ni diathésiques.

*Examen.* — A la partie supérieure du pli génito-crural gauche, deux syphilides érosives arrondies, volumineuses; deux autres à la partie inférieure du même sillon, dans le pli génito-crural droit, à gauche de l'anus. D'autres, enfin, à la face interne des grandes et des petites lèvres qui sont très œdématiées. Polyadénite inguinale non douloureuse. Syphilide maculeuse légèrement cuivrée du tronc. Adénite cervicale postérieure. Rien à la gorge. La malade est très maigre. Son tissu cellulaire est extrêmement peu abondant.

*Traitement.* — Injections de 2 milligrammes tous les trois jours : 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 mai. État stationnaire des syphilides vulvaires. Syphilides papuleuses nombreuses du tronc. Aucun accident dû aux injections. On fait alors des injections quotidiennes de 2 milligrammes : 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 mai; 1er, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 juin. — Total : 28 injections.

La malade sort, sur sa demande, le 12 juin. Les syphilides vulvaires se sont rapidement affaissées sous l'influence des injections quotidiennes; mais les syphilides cutanées persistent. Aucun accident, malgré le peu d'abondance du tissu cellulaire sous-cutané.

*(La suite dans un prochain numéro.)*

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian présente une note de M. J. Dejerine sur les altérations des nerfs cutanés dans la pellagre.

« Ayant eu l'occasion d'examiner les nerfs de la peau chez deux pellagreux morts dans le service de M. Hardy, à la Charité, j'ai constaté, au niveau de l'exanthème caractéristique de cette affection, des altérations nerveuses qui, à ma connaissance du moins, n'ont encore été décrites nulle part.

Les nerfs ont été examinés de la façon suivante : la peau malade (face dorsale des mains) et le tissu cellulaire sous-cutané ont été enlevés une heure après la mort; les nerfs cutanés, dissociés immédiatement, ont été placés pendant vingt-quatre heures dans l'acide osmique à 1 pour 200, dissociés de nouveau, lavés ensuite à l'eau distillée, colorés au picro-carmin et montés dans la glycérine.

L'examen microscopique montre des altérations que l'examen à l'œil nu faisait déjà soupçonner, après l'action de l'acide osmique.

En effet, après avoir séjourné dans ce réactif, les nerfs avaient pris un aspect grisâtre, bien différent de la coloration noire caractéristique de leur état physiologique. A un faible grossissement (60 diamètres) il est facile de se rendre compte de l'altération considérable subie par les tubes nerveux. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la petite quantité de tubes sains que l'on trouve dans chaque préparation. En effet, la plupart des faisceaux nerveux sont composés presque exclusivement par des gaînes vides dans une proportion considérable : en moyenne, pour un tube sain, trente à quarante gaînes vides. Dans certains faisceaux même, l'altération est plus prononcée encore : on ne trouve pas un seul tube sain et l'on croirait avoir affaire au bout périphérique d'un nerf sectionné depuis plusieurs mois ou bien à des nerfs de fœtus privés encore de leur myéline et de leur cylindre-axe. Ces gaînes présentent les caractères suivants : ce sont des tubes plissés en long par rapprochement de leur paroi et contenant, à intervalle régulier, des noyaux disposés dans le sens de la longueur de la gaîne et la renflant légèrement à ce niveau.

On trouve du reste, dans chaque préparation, un certain nombre de nerfs en voie d'altération et présentant les lésions caractéristiques de la névrite parenchymateuse aux différents degrés de son évolution.

Ces lésions existaient, chez ces deux malades, au niveau de l'exanthème; chez l'un d'eux, où la maladie était plus ancienne, elles étaient plus prononcées.

Le résultat de mes recherches m'amène à faire rentrer l'exanthème pellagreux dans la catégorie des altérations de la peau d'origine trophique. Dans les deux cas que j'ai observés, le nombre si considérable de gaînes vides d'une part, comparé au petit nombre de tubes en voie d'altération et de tubes sains d'autre part, m'autorise à admettre dans ces cas l'existence d'un processus à marche lente. »

— M. Ozanam adresse une note intitulée : *De la circulation veineuse par influence.*

« Le 11 juin 1877, j'adressais à l'Académie un paquet cacheté, destiné à prendre date pour la découverte de la circulation par influence; aujourd'hui, les travaux du docteur Franck ayant attiré l'attention sur ce nouveau mode de circulation veineuse, je viens résumer devant l'Académie mes expériences à ce sujet.

Parmi les causes multiples qui tendent à faire progresser le sang dans les veines, il en est une dont l'importance me paraît considérable et qui n'a pas encore été signalée par les anatomistes : c'est l'influence qu'exerce sur toute veine satellite l'artère qui lui est conjuguée, d'où le nom de *circulation par influence* que je donne à ce phénomène remarquable.

La plupart des grosses veines sont, en effet, unies aux artères correspondantes par un tissu connectif serré ; souvent elles sont renfermées dans une gaîne celluleuse commune.

Les parois veineuses doivent donc forcément ressentir le contre-coup des mouvements artériels, et c'est bien là ce qui arrive réellement.

*Démonstration de la circulation par influence au moyen du sphygmographe.* — Voici comment j'ai été mis sur la voie de cet intéressant phénomène.

J'explorais avec mon sphygmographe à ampoule de mercure le tracé de l'artère crurale au niveau de l'arcade pubienne, sur un sujet fort maigre : je remarquai que la pulsation s'y prononçait en creux au lieu d'être en relief, comme cela a toujours lieu pour les artères. Je restai longtemps avant de comprendre cette exception, l'attribuant à une imperfection de l'appareil,

Mais ayant vu le phénomène se reproduire à diverses reprises, et remarquant qu'il était sur-

tout marqué lorsque l'instrument glissait et s'appliquait au côté interne de l'artère, je compris qu'il s'agissait là d'un phénomène veineux.

Je disposai alors deux ampoules sur le même sphygmographe, et, appliquant l'un sur l'artère, l'autre à côté du premier, mais en dedans, sur la veine, je vis alterner au même moment les deux ondulations artérielle et veineuse, s'opérant en sens inverse, car tout ce qui était relief dans la systole artérielle apparaissait en creux veineux correspondant, et toute dépression diastolique artérielle donnait lieu à une ondulation veineuse. Mais était-ce là une impulsion liée à la circulation du sang ou un simple mouvement de propagation des battements artériels aux tissus environnants?

Préoccupé de cette question, j'appliquai l'instrument en dehors de l'artère crurale, et je vis qu'en effet ces mouvements de succion y existaient aussi et que naturellement ils devaient s'exercer sur tous les tissus environnant le cylindre artériel; mais ils étaient beaucoup moins accentués du côté externe, rempli du tissu conjonctif, que du côté interne occupé par la veine, et cela se comprenait facilement, puisque le liquide remplissant la veine pouvait librement fuir devant l'obstacle et revenir quand le vide s'opérait.

Du reste, l'aspiration et la compression alternatives des tissus d'alentour, bien loin d'être une objection à notre manière de voir, ne fait que la confirmer, car ces tissus sont remplis de capillaires veineux et lymphatiques, qui éprouvent dès lors la même influence bienfaisante de la part des artères que les gros vaisseaux veineux.

Mais le phénomène était-il général? Étais-je en présence d'une *loi* de la circulation ou d'un cas exceptionnel? J'expérimentai dès lors sur la plupart des artères explorables, et je trouvai chez toutes, depuis les plus grosses jusqu'aux plus petites, l'expression fidèle du phénomène observé.

La *veine cave inférieure* reproduisit le tracé inverse de l'*aorte abdominale*, la *crurale*, la *sous-clavière*, celle des artères correspondantes, et parmi les petites veines, la *pédieuse* donna le schéma le plus remarquable.

Si l'on considère en outre que le cœur comprime et vide à chaque battement les veines situées dans son tissu, que les artères vertébrales battent au milieu de la gaîne presque complète que leur forment les veines correspondantes, que les artères du cordon s'enroulent autour de leur veine et la compriment dans tous les sens, on pourra se faire une idée de l'importance et de la généralité du phénomène que j'ai voulu décrire sous le nom de *loi de la circulation par influence.* »

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Présentations. — De la récidive du squirrhe du sein. — Sur quelques cas de perte immédiate et unilatérale de la vue à la suite d'un traumatisme sur le crâne ou la face. — De la surdité chez les employés de chemin de fer. — Tumeurs solides de l'ovaire. — Kyste huileux de la région auriculo-mastoïdienne.

M. Léon Le Fort présente, au nom de M. le docteur Surmay (de Ham), un travail sur quelques cas de syphilis tertiaire congénitale.

M. Félix Guyon présente, au nom de M. le docteur Auffret (de Brest), un manuel de la dissection des nerfs.

M. Magitot offre en hommage une brochure intitulée : *Recherches sur les gencives et leurs maladies.*

M. Nicaise met sous les yeux de ses collègues un instrument en forme de crochet pour l'élongation des nerfs.

— M. Desprès demande à dire quelques mots au sujet de la malade opérée d'un cancer du sein qu'il a présentée dans la dernière séance. Cette femme, opérée il y a neuf ans d'un squirrhe du sein, a éprouvé, au bout de ce temps, une récidive qui a respecté la cicatrice de la première opération, suivant les conditions habituelles des récidives qui ne se font généralement pas dans le tissu cicatriciel, mais bien dans le pourtour de la glande.

Lors de la première opération qu'il a pratiquée sur cette femme, M. Desprès, suivant son habitude constante et systématique, n'a pas fait la réunion immédiate, celle-ci, d'après lui, favorisant la récidive.

M. Delens dit qu'il a enlevé, il y a cinq ans, un squirrhe du sein, chez une femme de 62 ans; jusqu'à ce jour il n'y a pas eu de récidive.

M. Marc Sée dit qu'il n'est pas exact d'affirmer que les récidives n'ont généralement pas

lieu dans la cicatrice; il croit, au contraire, d'après les faits observés, que la récidive a lieu fréquemment en ce point. Il conteste, d'ailleurs, que M. Desprès ait pratiqué largement, comme il le dit, l'ablation du squirrhe chez la malade, puisqu'il n'a pas enlevé toute la glande.

M. Léon Le Fort est d'une opinion entièrement opposée à celle de M. Desprès, relativement à l'influence de la réunion immédiate comme cause prédisposante de la récidive. Il est, en effet, rationnel de penser que plus le travail de formation de tissu néoplasique (suppuration, cicatrisation) se prolonge, plus la récidive est à craindre.

M. Desprès fait observer que les chirurgiens diffèrent encore d'opinion sur la question de la réunion des plaies, les uns ne voulant pas que la cicatrisation se fasse sans une suppuration préalable plus ou moins longue, et cela dans le but de s'opposer à la récidive, les autres pratiquant systématiquement, dans le même but, la réunion immédiate. Pour lui, fort d'une expérience personnelle qui s'appuie sur un chiffre de 105 cas d'ablation de tumeurs du sein, il est et demeure systématiquement opposé à la réunion par première intention.

M. Lucas-Championnière dit que la chirurgie antiseptique a rendu un grand service en permettant de faire dans la plupart des cas la réunion immédiate et en supprimant ainsi les phénomènes d'irritation néoplasique, en abrégeant la durée de l'évolution des tissus nouveaux, qui favorisent les récidives sur place chez les sujets prédisposés.

M. Gillette a opéré d'une récidive de cancer du sein une femme diabétique qui a guéri et reste guérie depuis cinq ans.

— M. Chauvel (du Val-de-Grâce) donne lecture d'un travail contenant la relation de plusieurs observations de perte immédiate et unilatérale de la vue à la suite de traumatismes du crâne et de la face.

M. Giraud-Teulon dit avoir observé un jeune homme qui, dans une chute de l'impériale d'un wagon de chemin de fer, se fit une fracture du crâne et demeura douze jours sans connaissance. En revenant à lui, il constata qu'il avait de l'hémiopie sans que, cependant, l'ophthalmoscope révélât l'existence d'aucune lésion. M. Giraud-Teulon, consulté, pensa que le trouble de la vue était dû à une torpeur de la rétine. Il fit des applications de courants continus, et, après quelques séances, le malade avait recouvré l'intégrité complète de la vue, à l'exception d'un petit secteur de la rétine qui est demeuré insensible.

— M. Léon Le Fort communique les résultats de l'analyse, faite par M. le professeur Regnauld, du liquide d'un kyste du petit doigt qu'il a enlevé dernièrement, kyste allongé et paraissant situé en dehors de la gaîne tendineuse. L'analyse a montré que ce liquide était exclusivement constitué par de la mucine pure.

— M. Terrillon communique des faits de surdité qu'il a eu occasion d'observer chez des employés de chemin de fer. Cette surdité serait, suivant lui, causée par une otite scléreuse. Elle se manifesterait chez les mécaniciens, aiguilleurs et autres employés de chemin de fer, à l'insu, pour ainsi dire, des malades qui tantôt n'entendent pas les signaux, tantôt ne peuvent distinguer le côté d'où ils viennent; de là des erreurs susceptibles d'occasionner les accidents les plus terribles. Les symptômes de cette maladie sont : l'immobilité de la membrane du tympan, la saillie exagérée du manche du marteau, la diminution du triangle lumineux et l'oblitération de la trompe d'Eustache.

M. Moos, d'Heidelberg, paraît être le premier qui ait attiré l'attention des praticiens sur l'existence de cette maladie chez les employés de chemin de fer et sur les graves conséquences qu'elle pouvait avoir pour la sécurité des voyageurs. D'après M. Moos, elle se manifesterait surtout sur les lignes où existent des tunnels. Elle serait encore plus dangereuse que le daltonisme, qui est toujours congénital et que l'on peut reconnaître, en conséquence, à l'aide d'un examen spécial de l'individu qui se présente pour remplir un emploi de chemin de fer, tandis que l'otite scléreuse est toujours acquise dans l'exercice de l'emploi.

M. Périer dit qu'il n'a pas eu à constater l'existence de cette maladie chez les employés du chemin de fer du Nord.

M. Tillaux a eu l'occasion de voir des employés de chemin de fer atteints d'otite, mais d'otite ordinaire. Il ne pense pas que la profession de mécanicien ou de chauffeur puisse prédisposer à l'otite scléreuse, car, suivant lui, cette maladie tient à une disposition organique spéciale de l'oreille moyenne que l'on apporte en naissant.

M. Terrillon répond que le travail de M. Moos contient un assez grand nombre d'observations. Du reste, sans nier que l'otite scléreuse puisse dépendre d'une conformation orga-

nique spéciale de l'oreille, M. Terrillon admet qu'elle peut être assez souvent acquise, comme on le voit, par exemple, chez les femmes enceintes et celles qui allaitent.

— M. Nicaise communique deux observations de tumeur solide de l'ovaire. Le sujet de la première observation est une femme de 54 ans, ayant depuis treize ans une tumeur abdominale dont le volume s'accrut rapidement dans les derniers temps. Cette tumeur était mobile, indépendante de l'utérus. Après l'opération, l'examen permit de constater qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse de l'ovaire, accompagnée de quelques petits kystes. La guérison ne s'est pas démentie.

La deuxième observation est relative à une jeune femme de 22 ans, qui avait également une tumeur mobile dans le ventre. Il y avait de l'anasarque et de la dysurie. Elle succomba avant d'avoir été opérée. A l'autopsie, on trouva, comme dans le premier cas, une tumeur fibreuse de l'ovaire, avec quelques petits kystes.

MM. Polaillon et Périer ont observé des cas semblables.

— M. Gillette communique un cas de kyste huileux de la région auriculo-mastoïdienne chez une femme de 30 ans. La tumeur datait de la naissance; elle était régulière, transparente, fluctuante, recouverte par une peau très amincie. La ponction en fit sortir un liquide ayant la couleur et la consistance de l'huile d'olives, dans lequel l'analyse montra la présence de cristaux de cholestérine et de margarine. Depuis trois jours que la ponction a été pratiquée, le liquide ne s'est pas reproduit.

D[r] A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## FORMULAIRE

Solution et pommade pour détruire les poux. — Ory.

1° Carbonate de soude, 10 grammes; eau distillée, 500 grammes; faites dissoudre.
2° Carbonate de potasse, 2 grammes; axonge, 30 grammes; mêlez.

Pour détruire les poux de tête, on coupe les cheveux, on saupoudre le cuir chevelu avec de la poudre de staphysaigre. Un peu plus tard, on étend sur la tête de l'axonge ou de l'huile, puis on lave le cuir chevelu avec la solution alcaline. En dernier lieu, on fait des onctions avec la pommade au carbonate de potasse. Pendant toute la durée du traitement, on prescrit des bains sulfureux. — N. G.

## COURRIER

*Concours pour trois places de médecins des hôpitaux.* — A la suite de ce concours, MM. Albert Robin, Roques et Balzer ont été nommés médecins du Bureau central. Le jury, à l'unanimité, voulant donner à M. Barth un témoignage de satisfaction, exprime le désir qu'il soit inscrit au procès-verbal que M. Barth a obtenu le même nombre de points que MM. Roques et Balzer. (*Extrait du procès-verbal.*)

— Le jury du concours pour la nomination aux emplois vacants de chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris se compose de MM. Bouchard, Jaccoud, Lasègue, Peter et Potain.

— Une commission vient d'être instituée par le ministre de l'intérieur à l'effet de reviser les bases sur lesquelles a lieu le partage des sujets de dissection provenant des hôpitaux de Paris entre l'amphithéâtre de Clamart et celui de la Faculté de médecine de Paris.

Sont nommés membres de cette commission : 1° pour la Faculté, MM. les professeurs Vulpian, Gavarret et Gosselin, et M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques; 2° pour l'Assistance publique, MM. les docteurs Moutard-Martin et Féréol, médecins des hôpitaux, Nicaise, chirurgien des hôpitaux, membre du Conseil de surveillance, Tillaux, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre de Clamart, et M. d'Echérac, inspecteur et membre du Conseil de surveillance.

M. Groux, chef du service de santé des hôpitaux, remplira les fonctions de secrétaire.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE MÉDICALE

## PLEURÉSIE DROITE. — ENDOCARDITE ATHÉROMATEUSE ET ULCÉREUSE. — ANGINE DE POITRINE. — MORT.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 25 mars 1881 (1),

Par M. Du Cazal, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

X..., soldat au 6e régiment de dragons, âgé de 21 ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 30 décembre 1880.

Jusqu'au 9 septembre 1880, cet homme a toujours joui d'une excellente santé; jusqu'à cette date, il ne se rappelle pas avoir jamais été malade; ses parents sont bien portants.

Le 9 septembre dernier, il fut pris de petits frissons répétés, d'un léger point de côté à droite et d'un peu de fièvre, état pour lequel il entra à l'hôpital de Cambrai où l'on reconnut l'existence d'une pleurésie droite. Cette pleurésie paraît avoir été bien bénigne, car, deux jours après son entrée à l'hôpital, le malade se levait et pouvait être utilisé au service de la salle. Le traitement consista dans l'application de quelques vésicatoires.

Le 21 octobre, c'est-à-dire quarante-deux jours après son entrée à l'hôpital, le malade partait en convalescence et venait à Levallois-Perret rejoindre sa famille.

Quelques jours avant son départ de l'hôpital, le malade ressentait déjà des accès de dyspnée accompagnés de palpitations de cœur, mais qui n'attirèrent pas l'attention.

Trois jours après son arrivée dans sa famille, il fut pris d'anasarque généralisée, de dyspnée intense, de palpitations cardiaques plus fortes que de coutume et s'accompagnant d'une vive douleur étendue à toute la région précordiale. Un médecin administra des diurétiques et fit appliquer un vésicatoire à la base du poumon droit.

L'anasarque disparut en partie, mais les palpitations persistant ainsi que la dyspnée, le malade entre à l'hôpital le 30 décembre et nous le trouvons dans l'état suivant :

La face est bouffie et très pâle; œdème des paupières supérieures; respiration courte, entrecoupée de profonds soupirs; le mouvement fatigue le malade et augmente la dyspnée déjà extrême.

La langue est sèche, rouge sur ses bords. Pas d'appétit; ni vomissements ni diarrhée; la pression sur le ventre, légèrement météorisé, n'y détermine ni gargouillement ni douleur.

L'examen du cœur est rendu très difficile en raison de la douleur extrêmement vive qu'éprouve le malade dans tout le côté gauche de la poitrine depuis la clavicule jusqu'au niveau des fausses côtes; cette douleur existe aussi à droite, mais bien moins forte; elle est exaspérée, non seulement par la pression, mais même par le moindre attouchement; elle rend l'auscultation très difficile et la percussion tout à fait impossible.

A l'examen, on perçoit à chaque systole un mouvement ondulatoire imprimé à la paroi thoracique qui paraît se propager de la pointe vers la base en diminuant d'intensité.

Les bruits du cœur sont confus, tumultueux, sourds et masqués par les bruits pulmonaires; on perçoit à la base un souffle râpeux au deuxième temps.

Le pouls est petit, fréquent, irrégulier; quelques intermittences.

L'auscultation de la poitrine fait entendre des râles de bronchite très nombreux; en arrière, la percussion du côté droit donne un son mat; de ce côté, la respiration est affaiblie, mais on entend aussi de nombreux râles de bronchite. Le malade n'a pas uriné depuis la veille. Depuis quelques jours, la miction était rare; il n'y avait guère plus d'un quart de litre d'urine rendu par jour; cette urine était trouble et laissait au fond du vase un abondant dépôt.

Intelligence nette; pas de délire la nuit; insomnie dont le malade se plaint vivement; pas de céphalalgie.

Douleur très vive réveillée par la pression sur le trajet des phréniques et surtout du gauche.

Enfin j'ajouterai, pour compléter ce tableau, que la peau sur tout le corps est décolorée, d'une pâleur blafarde et qu'il existe un peu d'œdème périmalléolaire des deux côtés. Temp. 37°,4 prise sous l'aisselle.

31 décembre. La nuit a été très mauvaise. Vers deux heures du matin, le malade a été pris d'un accès de dyspnée tel qu'il a perdu connaissance. Le médecin de garde a fait appliquer vingt ventouses sèches à la base des poumons. Temp. ax. + 34°,6.

La dyspnée est plus considérable que la veille. Le malade n'a pas encore uriné.

1er janvier. Persistance des symptômes; dyspnée toujours extrême; douleur précordiale

(1) Observation recueillie par M. Gérardin, aide-major du service.

toujours aussi vive. Le malade a rendu hier soir environ 200 grammes d'une urine très trouble et contenant environ 1 gr 50 d'albumine par litre. Temp. axill. le matin + 35°; le soir + 36°2.

Dans la nuit du 1er au 2, le malade est encore pris d'un accès de dyspnée très intense, suivie d'une perte complète de connaissance. A la visite, il était agonisant et rendait le dernier soupir à neuf heures et demie.

*Autopsie* pratiquée vingt-quatre heures après la mort, en présence de mon collègue M. Zuber.

L'ouverture du péricarde laisse écouler environ 550 grammes d'un liquide séreux, citrin, légèrement louche, et qui paraît s'être épanché dans les dernières heures de la vie, car on ne trouve aucun signe de péricardite.

Le cœur est très volumineux et paraît surtout développé aux dépens du cœur gauche. Le tissu est mou; sa surface présente une arborisation vasculaire plus marquée que de coutume.

Les ventricules ouverts laissent écouler une certaine quantité de sang fluide, spumeux, d'une coloration rouge un peu jaunâtre.

Les valvules aortiques laissent passer tout le liquide versé par l'aorte. Les parois du ventricule gauche ont 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres d'épaisseur. Les valvules sigmoïdes sont tapissées à leur face ventriculaire d'une quantité énorme de végétations molles présentant en certains points un commencement de dépôts calcaires; ces végétations font saillie dans le ventricule; l'une d'elles, longue de 6 centimètres, avait été refoulée dans l'aorte par le courant sanguin et reposait dans le fond d'un nid de pigeons. Les végétations formaient sur la valvule de véritables choux-fleurs qui présentaient à leur base deux ou trois petites ulcérations. Quelques-unes remontent du côté de l'aorte et se montrent au niveau de l'embouchure des coronaires, et plus particulièrement autour de l'orifice de la coronaire postérieure.

Rien à signaler sur la valvule mitrale ni du côté du cœur droit.

Le poumon droit était adhérent; les deux poumons sont très pigmentés, sans autre altération pathologique.

Le foie pèse 1,700 grammes; il présente à sa surface des alternatives de coloration jaune et rouge foncé; le lobe droit est parsemé de taches lie de vin de la grosseur d'un pois, et présentant en leur centre une coloration jaunâtre. A la coupe, le tissu est ferme; il présente une hyperémie extraordinaire des veines sus-hépatiques et de petites hémorrhagies interstitielles vers la périphérie.

La rate pèse 600 grammes; le tissu en est ferme.

Les reins sont augmentés de volume et présentent les lésions macroscopiques et microscopiques des reins cardiaques. Le gauche pèse 235 grammes; le droit 215 grammes.

L'examen histologique de l'une des valvules malades a été fait par M. Kiéner, qui m'a remis la note suivante :

*Examen macroscopique.* — L'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, celle qui a servi à l'examen histologique, est épaissie, rugueuse sur ses deux faces, hérissée de mamelons et d'aspérités, d'une consistance comme plâtreuse. Une autre valvule présente sur sa face ventriculaire plusieurs rugosités pareilles, de forme arrondie et de consistance dure; on y voit en outre deux perforations de 2 à 3 millimètres de diamètre, dont les bords déchiquetés et de consistance crayeuse sont renversés vers la cavité ventriculaire. A l'un de ces lambeaux s'insère un ruban fibrineux long de 6 centimètres, de consistance ferme et élastique. La troisième valvule est également épaisse et présente sur ses deux faces des mamelons durs, ne dépassant pas le volume d'un grain de semoule.

Un semis de pareils mamelons s'observe sur l'endocarde ventriculaire, au voisinage des insertions valvulaires et sur la face interne de l'aorte, au pourtour des orifices des artères coronaires.

*Examen histologique.* — La valvule sigmoïde postérieure, décalcifiée par l'acide picrique est divisée en coupes fines dirigées suivant sa longueur, c'est-à-dire du bord adhérent au bord libre.

On voit sur ces coupes un faisceau de larges fibres conjonctives, mélangées à quelques fibrilles élastiques, occupant l'axe de la valvule, depuis son insertion à l'orifice aortique jusqu'à son bord libre.

De ce faisceau médian, se détachent de chaque côté des trousseaux fibreux plus grêles qui se recourbent en anses pour former des saillies verruqueuses sur chaque face de la valvule, ou se terminent par des extrémités effilées pour former des végétations ou aspérités filiformes. Les saillies verruqueuses et les végétations dentritiques sont recouvertes d'une couche de 1/4 à

1/2 millimètre d'épaisseur d'une substance calcifiée qui, sur les coupes colorées au picro-carmin, a un aspect réfringent et une coloration jaune-vif. Cette substance calcifiée résulte évidemment de la dégénération des fibres conjonctives; on voit, en effet, qu'elle se continue par une insensible dégradation de teinte avec le trousseau fibreux rosé qu'elle coiffe.

La dissociation et l'exfoliation des lamelles superficielles de la valvule sont produites par des foyers tuméfiés et ramollis, semblables à des pustules, dont les uns soulèvent seulement la lamelle superficielle calcifiée, dont les autres ont rompu cette lamelle et s'ouvrent en cratère à la surface de la valvule.

Ces foyers sont de deux ordres : les uns sont constitués par une masse de substance calcifiée encore compacte, ou ramollie et fendillée en petits blocs informes. Les autres sont formés d'une sorte de bouillie où l'on distingue des cellules arrondies, plus volumineuses que des leucocytes, englobées dans une substance granuleuse colorée en rose-clair par le carmin.

On se rend aisément compte du mode de formation de ces foyers, en examinant le tissu conjonctif qui les environne. On reconnaît ainsi que les foyers de ramollissement cellulaire sont préparés par une prolifération active des cellules fixes du tissu fibreux de la valvule et par le ramollissement de la substance fondamentale. Les foyers de dégénération calcaire ou athéromateuse sont préparés par la tuméfaction des fibres conjonctives qui s'élargissent et se fusionnent entre elles, en même temps qu'elles subissent la transformation de la substance collagène rosée en substance calcaire réfringente; ordinairement cette transformation de la fibre conjonctive est accompagnée d'une dégénération correspondante des cellules fixes qui se tuméfient sans proliférer et s'infiltrent de fines granulations graisseuses et calcaires.

Le processus qui a donné lieu à ces lésions est évidemment une endocardite. L'inflammation est caractérisée par la tuméfaction de la valvule, le gonflement des fibres conjonctives et la multiplication des cellules fixes; elle s'effectue sans aucune néoformation de vaisseaux sanguins; on ne trouve en effet aucun vestige de capillaire, même à la base de la valvule.

— Cette inflammation tend au ramollissement et à l'ulcération du tissu, suivant un double mode :

D'une part un certain nombre de foyers, résultant du gonflement et de la dégénération de la fibre conjonctive, se ramollissent et constituent des abcès athéromateux.

— D'autre part, on voit sur d'autres points la prolifération cellulaire prédominer et aboutir à la formation de foyers de ramollissement puriformes.

Il est facile de comprendre que ces foyers, en augmentant d'étendue, peuvent intéresser toute l'épaisseur de la valvule et donner lieu, en se ramollissant, à des perforations. La rigidité calcaire des lamelles superficielles explique, d'autre part, comment ces lamelles ont dû se rompre sous l'influence de la pression sanguine, après l'ouverture de l'abcès, et n'ont pu être refoulées en poche d'anévrysme.

La formation de ces foyers de ramollissement par prolifération cellulaire et par dégénération athéromateuse, me paraît imposer au processus la dénomination d'endocardite ulcéreuse et athéromateuse.

Cette forme d'endocardite se distingue de l'endocardite ulcéreuse aiguë, par la dégénération calcaire concomitante et par la durée que l'observation clinique fixe à quatre mois environ.

Dans quelques foyers de ramollissement, j'ai trouvé au sein de la matière athéromateuse ou puriforme, de petits amas d'une substance grisâtre, réfractaire à l'acide picrique et au carmin, montrant à un fort grossissement un aspect granuleux et quelquefois de fins bâtonnets. Je ne puis affirmer qu'il s'agit réellement de nids ou de colonies de vibrioniens. Les colonies vibrioniennes se colorent ordinairement en jaune par l'acide picrique et laissent voir des spores brillantes que je n'ai pas constatées. L'examen à l'état frais n'a pas été fait.

En laissant de côté les particularités cliniques de ce fait, nous avions pensé tout d'abord avoir affaire ici à une endocardite végétante ulcéreuse qui était survenue dans le cours d'une endocardite vulgaire, athéromateuse.

Mais l'examen histologique fait par mon collègue, M. Kiéner, ne permet pas cette interprétation; d'après cet examen, nous aurions affaire à un cas mixte, tenant le milieu entre l'endocardite athéromateuse, à marche habituellement chronique, et l'endocardite ulcéreuse, à marche ordinairement aiguë, et dans lequel les deux processus, contemporains, auraient marché parallèlement.

J'appellerai encore, Messieurs, votre attention :

1° Sur la marche rapide de la maladie, car il est difficile de faire remonter au delà de trois ou quatre mois le début de cette endocardite;

2° Sur la localisation des lésions limitées absolument aux valvules sigmoïdes, alors que l'aorte est absolument saine;

3° Sur l'âge du malade (21 ans) et l'absence de toute diathèse acquise ou héréditaire;

4° Enfin, sur le mécanisme de la mort chez ce malade. Il ne me semble pas, pour ma part, qu'il ait succombé à des accidents de cachexie cardiaque, qu'il ait été tué par son endocardite. En rapprochant les phénomènes présentés pendant la vie (douleur précordiale, dyspnée, syncopes) des lésions trouvées après la mort, et en particulier des végétations placées à l'embouchure de l'une des coronaires, il me paraît bien probable que cet homme a succombé à des accidents d'angine de poitrine.

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS;

**Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 23 juin 1881 (1),**

Par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

OBS. IX. — Jeanne D..., âgée de 21 ans, domestique. Entrée le 3 mai, salle Saint-Louis, n° 35.

Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires. Syphilis datant de six semaines non traitée jusqu'à ce jour.

*Examen.* — Sur le bord libre des grandes lèvres, syphilides papulo-hypertrophiques légèrement érosives. Rien à la vulve, à l'anus, au vagin. Polyadénite inguinale. Adénite cervicale postérieure et sous-maxillaire. Syphilides érosives des deux amygdales qui sont très hypertrophiées. Syphilides papuleuses, papulo-squameuses nombreuses du tronc et des cuisses.

*Traitement.* — Injection de 2 milligrammes tous les trois jours : 4, 7, 10, 13, 16 mai. — Total : 5 injections.

Légère sensation de cuisson pendant une heure après la piqûre se reproduisant chaque fois. La malade dit ne pouvoir se coucher sur le côté piqué. Elle est très pusillanime et indisciplinée.

*Sortie* le 16 mai sans modifications notables.

OBS. X. — Adolphine G..., 21 ans, domestique. Entrée le 3 mai, salle Saint-Louis, n° 15.

Pas d'antécédents diathésiques.

Il y a trois mois, traitée pendant trois semaines à la salle Saint-Bruno (service de M. Terrillon) pour syphilides vulvaires et buccales. On lui fit 16 injections hypodermiques de peptonate de mercure selon la formule de Bamberger. La malade prétend qu'elle ressentait, après chaque piqûre, une douleur vive, lancinante, qui durait deux à trois heures environ. Pas d'abcès. Pas de complications locales. Depuis sa sortie de Lourcine (il y a deux mois) n'a suivi aucun traitement.

*Examen.* — Il existe une tuméfaction avec induration scléreuse de toute la grande lèvre gauche à la base de laquelle on constate une syphilide érosive volumineuse recouverte d'une pellicule blanchâtre diphthéroïde. Rien au vagin, rien à l'anus. Syphilides papuleuses discrètes du tronc. Syphilide érosive de la lèvre inférieure. Polyadénite inguinale; adénite cervicale postérieure indolente. Ganglion épitrochléen volumineux de chaque côté. La femme est très maigre.

*Traitement* — Injections tous les trois jours, 2 milligrammes : 7, 10, 13 16, 19 mai. — Total : 5 piqûres.

La malade ne ressent aucune douleur. Pas de traces des injections hypodermiques.

La malade sort le 20 mai. Les syphilides vulvaires sont en voie d'affaissement notable.

#### Troisième série

(Injections à 2 milligrammes tous les deux jours.)

OBS. XI. — Marthe D..., 30 ans, couturière, salle Saint-Louis, n° 29. Entrée le 26 avril 1881.

Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires.

(1) Suite. — Voir les numéros des 19 et 23 juillet.

Il y a deux mois, apparition d'une érosion sur la petite lèvre gauche, érosion dure, rouge, qu'un médecin consulté cautérise.

*Examen.* — Chancre infectant de la petite lèvre gauche en voie de cicatrisation. Rien à la vulve. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Syphilide papuleuse et érythémateuse du tronc. Alopécie, céphalée, courbature, insomnie depuis un mois.

*Traitement.* — Injections tous les deux jours de 2 milligrammes de sublimé (solution concentrée, 4 milligrammes de sublimé par centimètre cube) : 28, 30 avril; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30 mai: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21 juin. — Total : 28 injections.

A la date du 12 mai, le chancre a disparu presque complètement. Apparition sur les deux parois du vagin, sur la portion vaginale du col utérin, d'une vingtaine de syphilides papuleuses légèrement érosives. Le vagin n'est pas purulent.

Le 24 mai, les syphilides vaginales ont disparu. Il ne persiste que quelques syphilides utérines.

Le 7 juin, ces dernières ont disparu. Persistance de la syphilide érythémateuse qui pâlit.

Le 21 juin, la malade ne présente plus que quelques traces de syphilide cutanée papuleuse. Rien à la gorge, aux organes génitaux.

Aucune des injections n'a produit d'accidents.

Obs. XII. — Marguerite T..., 26 ans, chemisière, salle Saint-Louis, n° 26. Entrée le 3 mai 1881.

Antécédents scrofuleux.

A été soignée en 1880 au mois de février, dans la même salle Saint-Louis, pour des syphilides papulo-hypertrophiques confluentes des organes génitaux, de l'anus. Syphilides érosives des deux amygdales. Est sortie à la fin du mois de mars. Rentrée le 3 mai 1881. N'a subi aucun traitement hors de l'hôpital.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives diphthéroïdes des grandes lèvres descendant jusqu'à l'orifice anal. Vagin rouge, chaud, purulent. Syphilides papuleuses du tronc. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Alopécie, céphalée, insomnie.

*Traitement.* — Cataplasme Lelièvre; bains d'amidon. Injection tous les deux jours de 2 milligrammes de sublimé (solution concentrée) : 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29 mai. — Total : 12 injections.

*Exeat* le 30 mai. Les syphilides ano-vulvaires ont totalement disparu.

Aucun accident. Pas la moindre douleur.

Obs. XIII. — Berthe R..., 22 ans, modiste, salle Saint-Alexis, n° 43. Entrée le 3 mai 1881.

Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires.

Il y a quinze jours, apparition de boutons nombreux aux organes génitaux.

*Examen.* Syphilides papuleuses légèrement hypertrophiques des grandes lèvres, des plis génito-cruraux, du pourtour de l'anus. Folliculite syphilitique multiple. Syphilides érosives des petites lèvres et de l'anneau vulvaire. Syphilides papuleuses et érythémateuses du tronc, des membres, de la face. Adénite cervicale postérieure, sous-maxillaire, inguinale, épitrochléenne, non douloureuse. Alopécie, céphalée, vive courbature. Grossesse de six mois. Vaginite symptomatique.

*Traitement.* — Injection tous les deux jours, 2 milligrammes : 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30 mai; 1er, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21 juin. — Total : 25 injections.

Les dix premières injections provoquent une légère douleur durant trois quarts d'heure environ. Les suivantes ne sont nullement douloureuses. Aucun accident local. Pas de salivation.

Le 21 juin, les syphilides vulvaires ont disparu complètement, seules les syphilides cutanées persistent. Grossesse de sept mois et demi. L'enfant remue fréquemment. Battements du cœur, petits, réguliers.

Obs. XIV. — Caroline V..., 19 ans, blanchisseuse. Entrée le 10 mai, salle Saint-Alexis, n° 45.

Syphilis remontant à six mois. Céphalée. Courbature. Alopécie. Insomnie.

*Examen.* — Tuméfaction, rougeur et induration des grandes lèvres qui sont le siège de syphilides papuleuses légèrement hypertrophiques et de quelques syphilides érosives. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Rien au vagin et à l'utérus. Syphilides érosives de la langue, des amygdales et de la paroi postérieure du pharynx.

*Traitement.* — Injection tous les deux jours, 2 milligrammes : 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31 mai; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22 juin. — Total : 22 injections.

Aucune douleur. Aucun accident.

22 juin. Syphilides vulvaires et buccales ont presque totalement disparu.

Obs. XV. — B... (Georgette), 19 ans, couturière. Entrée le 11 mai, salle Saint-Alexis, n° 9.

Pas d'antécédents diathésiques.

Traitée pendant un mois, il y a un an, salle Saint-Alexis, pour vaginite. Abcès de la glande de Bartholin. Métrite et adéno-lymphite. Rentrée le 11 mai 1881 pour syphilides remontant à un mois.

*État actuel :* Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes et des petites lèvres et du pourtour de l'anus. Polyadénite inguinale et sous-maxillaire aphlegmasique. Syphilides papulo-érosives des lèvres, de la langue et des deux amygdales. Syphilides pigmentaires de la nuque.

*Traitement.* — Injection de 2 milligrammes tous les deux jours : 12, 14, 16, 18, 20 mai. — Total : 5 injections.

Douleur nulle. Pas d'accidents.

*Exeat* le 20 mai, sur sa demande. Améliorée.

Obs. XVI. — Marie A..., 16 ans 1/2, fleuriste. Entrée le 17 mai, salle Saint-Alexis, n° 35.

Antécédents strumeux.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives légèrement hypertrophiques au pourtour de l'anus et sur les petites lèvres. Nombreuses végétations inflammatoires sur les grandes lèvres et au pourtour de l'orifice anal. Polyadénite inguinale non douloureuse. Vitiligo syphilitique du dos. Rien à la gorge.

*Traitement.* — Injections tous les deux jours : 18, 20, 22, 24, 26 mai. — Total : 5 injections.

Aucune douleur. Aucune trace.

*Exeat,* sur sa demande, le 27 mai ; non guérie.

Obs. XVII. — Victorine R..., 35 ans, cuisinière. Entrée le 16 mai, salle Saint-Alexis, n° 3.

Pas d'antécédents diathésiques.

Il y a cinq mois, apparition aux organes génitaux de plusieurs boutons qui disparurent et furent remplacés par d'autres. En même temps, alopécie, céphalée, tibialgie, fièvre syphilitique, algidité périphérique.

*Examen.* — Rien aux organes génitaux. Syphilides érosives de la langue et des amygdales. Syphilides papuleuses, pustulo-croûteuses du front, du cou, des ailes du nez. Adénite non phlegmasique de l'aine, du cou, du coude.

*Traitement,* — Injection tous les deux jours, 2 milligrammes : 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30 mai ; 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21 juin. — Total : 18 injections.

Le tissu cellulaire est très peu développé. Aucune douleur. Aucun nodus. Aucun accident.

21 juin. Grande amélioration. Persistance de quelques syphilides amygdaliennes et de la face.

(*La suite à un prochain numéro.*)

# PATHOLOGIE

## ROUGEOLE.

### Convulsions de la face et du membre supérieur à droite avec aphasie, suivies de paralysies fugaces ;

Par le docteur Sorel.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 juin 1881.)

Hélène B..., âgée de 2 ans 1/2, présente des taches rubéoliques au visage le 29 janvier 1881, dans l'après-midi. L'enfant, gaie et turbulente, n'avait jusque-là éprouvé aucun malaise ; elle mangea, comme d'habitude, en revenant de l'école du matin ; elle toussait à peine, et les conjonctives ainsi que la muqueuse nasale restèrent indemnes.

Le 30 janvier, l'éruption s'achève, mais elle est très discrète et épargne presque complétement les parois abdominales et les membres inférieurs. De cinq heures à sept heures du soir, l'enfant mange deux de ces gros gâteaux-biscuits dits *Madeleine;* à huit heures, elle est prise tout à coup de convulsions et ne peut plus parler.

Le père, désespéré, courait chercher un médecin, lorsque, m'apercevant à quelque distance, il me prie de porter secours à son enfant. Je constate des convulsions cloniques de la

face à droite; la joue est alternativement relâchée et tirée en arrière et en haut. Aucun symptôme du côté du facial supérieur. Les convulsions cessent bientôt, mais la parole fait défaut; le mot « oui » est seul prononcé après effort; salivation abondante; la langue ne peut être tirée.

La respiration est normale; le ventre un peu tendu. Température peu élevée. Plaçant le point de départ des phénomènes éclamptiques dans une indigestion causée par les gâteaux ingérés, je fais immédiatement vomir la petite malade; les biscuits sont rejetés mélangés à quelques crachats avalés.

Après le vomissement, les convulsions reparaissent à la face, toujours à droite, et s'étendent au membre supérieur du même côté. Les yeux se dévient un peu à gauche, regardant le membre convulsé.

On couche l'enfant, restée jusqu'ici sur les bras de sa mère; les convulsions cessent, mais sont remplacées par la paralysie avec diminution très considérable de la sensibilité dans le domaine du facial inférieur et le membre supérieur, à droite.

L'aphasie persiste; l'enfant veut parler, mais n'arrive à articuler que le mot « oui ». Il est huit heures quarante environ. Des fragments de papier sinapisé sont appliqués sur le tronc et les membres inférieurs.

Vers neuf heures, c'est-à-dire une heure après le début des accidents, l'enfant s'asseoit dans le lit et réclame ses jouets, la parole est revenue et il n'y a plus trace de paralysie.

Deux jours après, sans nouvel incident, la petite malade était guérie de sa rougeole.

La rougeole fut des plus bénignes et la fièvre resta modérée; je ne vois ici à incriminer que la surcharge de l'estomac par suite de l'ingestion des deux gâteaux, indigestes surtout en l'état de maladie. Les symptômes transitoires que je viens de relater me paraissent avoir été sous la dépendance d'une congestion réflexe ayant eu son point de départ dans les voies digestives, et ayant surtout actionné la zone motrice inférieure de l'hémisphère gauche et le tiers postérieur de la circonvolution de Broca.

Quelques jours plus tard, le hasard me mettait en présence d'une hystérique qui, prise d'abord de convulsions toniques et cloniques, restait ensuite plongée dans un état semi-cataleptique, et ne reprenait complétement possession d'elle-même qu'après une période transitoire d'aphasie pendant laquelle elle marquait par une impatience extrême l'ennui qu'elle éprouvait de n'avoir à sa disposition que quelques monosyllabes et de rester incompréhensible. Je fus témoin à plusieurs reprises du même phénomène, les crises s'étant reproduites plusieurs fois, et pendant quatre jours consécutifs.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances des 26 janvier et 23 février 1881. — Présidence de MM. Reliquet et Barnier.

Sommaire. — Installation du bureau, correspondance, nomination d'un membre honoraire, de quatre membres titulaires. — Antéversion utérine; guérison par l'hystérotomie vaginale ignée. Discussion.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Reliquet, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Messieurs, l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à vous présider pendant l'année 1880, sera pour moi un de mes meilleurs souvenirs. Je dois vous en être reconnaissant.

Notre Société est plus prospère que jamais. Vous voyez bon nombre de nos confrères, même des plus éminents, venir nous demander d'être des nôtres. Cette année nous comptons parmi ces nouveaux venus, les docteurs : Péan, Henri Picard, Puy-le-Blanc, de Fourcault, Christian, Nadaud. Nous ne pouvons que nous féliciter, notre Société est loin de vieillir, malgré ses 77 années d'existence.

Cette activité, nous la devons à nos traditions qui sont, comme je vous le disais il y a un an, notre indépendance et notre bonne confraternité. Mais aussi nous la devons à notre zélé secrétaire général le docteur Ed. Michel.

Pendant cette année, trois de nos collègues sont morts : MM. Belhomme, Delarue et Cerviotti.

— M. Belhomme était notre doyen, son entrée à la Société date de 1829. Il a été des nôtres pendant 51 ans. Malgré son grand âge vous avez vu combien il aimait à se trouver avec nous.

— M. Delarue, quoique âgé, avait été nommé membre de la Société en 1866, et fut notre président en 1874. Il personnifiait toutes les qualités de nos traditions, et y joignait un esprit aimable vraiment gaulois.

— M. Cerviotti était un jeune. Il commençait cette terrible lutte que beaucoup d'entre nous connaissent : se créer une situation à Paris. Ses qualités naturelles si bonnes, son habitude du travail, devaient certainement le faire réussir, mais la maladie l'a vaincu.

Nous devons à nos trois collègues nos regrets et un souvenir que nous garderons.

— Vous avez conféré l'honorariat à trois d'entre nous : à M. Maisonneuve, qui a voulu se retirer à la campagne. Vous savez tous qu'il est mon maître, plus que personne je regrette son éloignement. Mais de ce chirurgien si éminent, qui a pressenti, je dirai même presque résolu, les grandes questions de chirurgie générale maintenant faites, nous devons être heureux que son nom reste avec nous.

M. Mercier a été deux fois président de notre Société; pendant des années il a été des plus assidus à nos séances. Ses nombreux et si remarquables travaux ont tous été présentés ou lus ici. Par cela il avait tous les droits à l'honorariat. Mais nous espérons bien qu'en étant honoraire, il continuera à venir à nos réunions.

M. Gimelle. Malheureusement une maladie déjà longue tient cet excellent collègue éloigné de nous. Soyez certain qu'il a fallu cette raison pour qu'il ne soit pas à toutes nos séances. Espérons qu'une heureuse guérison nous le ramènera.

Voilà, Messieurs, ce qui s'est passé parmi nous pendant cette année. D'un côté ceux qui nous devancent, nous laissent les souvenirs de leurs qualités. De l'autre les nouveaux, qui ont voulu faire partie d'une Société médicale où la bonne confraternité règne en maîtresse, où volontiers on discute les progrès à accomplir dans les services médicaux privés ou publics.

Ainsi vivra longtemps la Société médico-pratique. Messieurs, je cède maintenant ce fauteuil à mon très distingué successeur et ami, le docteur Barnier, en vous disant encore merci, pour l'honneur que vous m'avez fait !

Cette allocution est fréquemment interrompue par des marques unanimes d'approbation.

M. Barnier, président pour 1881, prend ensuite la parole en ces termes :

Messieurs et chers confrères, en prenant place à ce fauteuil, où vos suffrages m'ont appelé, j'ai hâte de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait. Je ne veux pas oublier les circonstances dans lesquelles vous m'avez choisi pour vous présider, à côté de tant de collègues plus dignes de cette préférence par leur âge, leurs titres scientifiques ou les services rendus à notre Société.

Vous avez voulu me témoigner que je n'avais en rien perdu votre estime et votre considération.

Je suis, en quelque sorte, pour quelques-uns un revenant, et pour d'autres un nouveau venu. Des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêché, l'année dernière, de suivre avec assiduité vos séances. Je compte être plus exact désormais, et pour vous présider dignement, je n'aurai qu'à suivre l'exemple de mes honorés prédécesseurs.

Je sais que ma tâche sera une véritable sinécure, car je connais depuis longtemps votre urbanité, l'esprit de courtoisie qui anime nos discussions scientifiques et le sentiment de confraternité qui fait le charme de nos séances.

Elle sera d'ailleurs singulièrement allégée par le concours de notre excellent secrétaire général, et par la plume alerte et fidèle de notre secrétaire annuel.

Je crois être l'interprète de vos pensées, en remerciant du fond du cœur notre très distingué président sortant, M. Reliquet. (Applaudissements répétés.)

—

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le docteur Lemoisne, qui sollicite un congé, à cause de son état de santé (accordé); 2° une lettre de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui informe la Société que le prochain Congrès aura lieu en avril à Alger; 3° deux numéros de la *Revue Médicale de Toulouse* et du *Bulletin Médical du Nord*.

—

M. Rougon fait un rapport sur la demande d'honorariat présentée par M. le docteur Otterbourg.

Les conclusions favorables de ce rapport mises aux voix sont adoptées.

MM. les docteurs Voury, Ormières, Coursserant et Bonnefoy sont nommés membres titu-

laires à la suite de rapports favorables présentés par MM. VOSY, RICHELOT fils, FIEUZAL et de FOURCAULD.

—

M. THORENS donne lecture du travail suivant, intitulé : *Antéversion utérine, redressement par l'hystérotomie ignée.*

Mme G..., 30 ans, mercière, habitant le quartier des Halles, est une femme active et vigoureuse, de tempérament rhumatismal, de taille moyenne. Je l'ai assistée dans deux accouchements qui ont été pénibles, et dans lesquels une application de forceps a été nécessitée, après un travail très prolongé (36 et 24 heures), par suite d'inertie utérine.

Après son second accouchement, survenu en août 1878, sa santé a commencé à s'altérer : pertes blanches, menstruation irrégulière ; douleurs et pesanteur dans le ventre ; névralgies de toute espèce; constipation opiniâtre. L'utérus est en antéversion, mais a conservé un certain degré de mobilité, permettant de conclure à la non-existence d'adhérences de son corps ; il est augmenté de volume, et cette augmentation porte surtout sur la moitié antérieure du col ; il y a du catarrhe utérin, avec ulcérations superficielles du museau de tanche. Il s'y joint en même temps une laxité des parois du vagin, qui a permis la production d'une rectocèle vaginale.

Le traitement suivi a consisté en cautérisations du col et du canal cervical avec le crayon de nitrate d'argent. J'ai conseillé le port d'un pessaire Gariel, mais il n'a pu être supporté ; la malade emploie alors une ceinture hypogastrique. J'ai en même temps insisté sur le traitement médical, toniques, ferrugineux, auxquels j'ai fait associer les douches et les ablutions froides ; mais le traitement hydrothérapique n'a pu être suivi dans toute sa riguéur.

Malgré tout, les phénomènes morbides ont été en s'aggravant. La malade ne peut presque plus marcher ; elle est obligée de s'appuyer sur une canne. Elle ne peut se tenir debout ; il lui est impossible de prendre un objet placé au-dessus de sa tête ; elle a des souffrances continuelles dans le ventre et demande instamment qu'on la débarrasse d'une infirmité qui l'empêche absolument de vaquer à ses affaires.

M. le docteur Abeille a préconisé, dans le traitement des déviations utérines, l'hystérotomie vaginale ignée, comme permettant d'en obtenir la guérison radicale. J'avais eu l'honneur de l'assister dans plusieurs opérations, et pu me former une opinion sur la valeur de la méthode qu'il emploie. Je résolus d'y avoir recours pour soulager ma malade ; je lui proposai une opération qu'elle accepta, et que je pratiquai à son domicile le 19 février 1880. Notre excellent secrétaire général, M. le docteur Édouard Michel, avait bien voulu m'assister et vérifier, par l'examen au toucher, au spéculum et le cathétérisme utérin, l'exactitude de mon diagnostic : antéversion utérine, engorgement de la lèvre antérieure, catarrhe utérin, sans adhérences des corps.

Avant de décrire l'opération, permettez-moi de rappeler sommairement quelques considérations anatomo-pathologiques.

A l'état normal, l'utérus a sa partie supérieure (corps, portion sus-vaginale du col) et sa partie inférieure (portion sous-vaginale du col) libres. Il n'est maintenu en place que par une sorte de plancher musculo-membraneux qu'il traverse, et où il est enclavé comme dans un anneau, et cela au niveau de la jonction du col avec le corps. Ce sont, en arrière, les ligaments utéro-sacrés ; en avant, les adhérences à la paroi postérieure et inférieure de la vessie, les ligaments vésico-utérins. Ces ligaments sont, en grande partie, la continuation des fibres transversales de la couche musculaire externe du col. Au-dessous de ces ligaments, l'utérus est encore maintenu par l'insertion supérieure de la voûte vaginale.

Or, dans l'antéversion, surtout quand elle est de date un peu ancienne, il y a raccourcissement des ligaments utéro-vésicaux, que ce soit là la cause de la déviation utérine, ou que ce ne soit qu'un raccourcissement secondaire, par rapprochement des points d'insertion, comme cela s'observe dans toute espèce de déviation.

En même temps, il y a affaissement, plissement de la voûte vaginale dans son cul-de-sac antérieur, par conséquent perte de soutien de ce côté.

Le tissu utérin lui-même subit des modifications importantes dont il nous faut constater l'existence, sans vouloir rechercher ici si elles sont la cause première de la déviation, ou si elles n'en sont que des conséquences, mais devenant causes à leur tour. Je veux parler de l'engorgement du tissu utérin, surtout de la lèvre du col correspondant au côté de la déviation, lèvre antérieure dans l'antéversion, lèvre postérieure dans la rétroversion.

Cet engorgement amène une diminution de la tonicité normale de la portion du tissu musculaire utérin qui en est affecté. La partie opposée, la lèvre postérieure dans l'antéversion, n'est pas ou peu engorgée ; sa tonicité est restée normale ou, en tous les cas, est moins diminuée que celle de l'autre lèvre ; elle aura donc une tendance à entraîner le col de son côté.

Elle contribue à le porter en arrière, à le relever même en bec de cornue, comme on l'a noté dans des observations d'antéversions anciennes et très prononcées.

Si l'on veut tenter une opération devant amener une guérison radicale, il y a donc à satisfaire aux indications suivantes :

1° Sectionner les fibres raccourcies, de manière à permettre le redressement de l'organe;

2° Relever la voûte vaginale;

3° Détruire l'engorgement et rendre au tissu musculaire utérin sa tonicité primitive;

4° Et enfin, comme il s'agit d'une affection qui, si elle ne guérit pas, ne tue pas, pour citer l'expression de Velpeau, employer une méthode opératoire qui ne mette pas en danger la vie de la malade.

Cette dernière considération fait rejeter d'emblée l'emploi de l'instrument tranchant dans un tissu aussi vasculaire et aussi prédisposé aux résorptions que l'est le tissu utérin, avec ses veines et ses sinus béants. Il faut avoir recours au cautère actuel, qui, convenablement manié, permet de se mettre à l'abri des hémorrhagies, qui laisse une plaie recouverte d'une eschare protectrice, et dont l'application n'est suivie que d'une réaction modérée.

Amussat avait déjà cherché à obtenir le redressement de l'utérus en rétroversion en amenant la soudure de la lèvre postérieure du col à la paroi du vagin. M. Courty emploie dans les déviations la cautérisation, tantôt comme résolutif d'un engorgement, tantôt comme redresseur; il cherche la formation d'une bride fibreuse ou cicatricielle, s'étendant du col à une des parois vaginales et occupant celui des deux sinus utéro-vaginaux qui correspond à l'inclinaison. Ainsi, y a-t-il antéversion, c'est dans le sinus antérieur qu'il porte le caustique afin que la bride cicatricielle, en se rétractant, rapproche le col de la paroi antérieure du vagin, et, faisant basculer tout l'organe dans son anneau suspenseur, en éloigne le fond de la vessie et le relève dans l'excavation. Il a obtenu quelques beaux succès par l'emploi de ce moyen.

Le procédé de M. Abeille répond aux indications que je mentionnais tout à l'heure. Il se compose d'une série d'incisions faites avec des hystérotomes, de formes et de dimensions variées, chauffés au rouge-brun, de manière à se mettre à l'abri de toute hémorrhagie. Les unes sont faites à l'union même du corps et du col utérin, et portent sur les fibres utérines qui vont se rendre aux ligaments utéro-vésicaux ou utero-sacrés; d'autres sont prolongées sur les côtés du vagin, pour amener la production de brides cicatricielles, lesquelles, par leur rétractilité propre, reconstitueront la voûte vaginale déprimée, et attireront le col vers elles; d'autres enfin, faites sur la lèvre engorgée, ont pour but d'amener la résolution de cet engorgement, il n'est pas besoin d'insister sur ce dernier point, tout le monde connaît les bons effets de la cautérisation actuelle et de l'ignipuncture dans le traitement des engorgements utérins, de la métrite parenchymateuse chronique.

Quant au procédé, nous ne pouvons mieux le décrire qu'en relatant l'histoire de notre opération.

La malade étant dans le décubitus dorsal, j'introduis un spéculum de Fergusson, en glace étamée, du plus fort numéro, j'ai soin de refouler en haut le cul-de-sac vaginal, de manière à bien mettre la paroi vaginale en dehors du champ opératoire; la lèvre antérieure est engagée dans le spéculum et la jonction du col avec le corps bien à découvert. A ce niveau, je fais une incision avec l'hystérotome transverse, pénétrant dans le tissu utérin; avec le même hystérotome, je fais deux incisions parallèles à la première dans le tissu de la lèvre antérieure.

De la première incision transversale, avec les hystérotomes en col de cygne à lame droite, je fais partir deux incisions obliques, qui se prolongent un peu sur le cul-de-sac vaginal.

Avec deux hystérotomes en col de cygne, à lame courbe sur le plat, je fais deux incisions semi-elliptiques sur le col, perpendiculaires aux deux incisions transversales.

Je pratique le cathétérisme du canal cervical, et, en ayant reconnu la longueur, j'y introduis un cautère à boule à curseur, de manière à escharifier ce canal; je fais suivre cette introduction de celle d'un cautère lancéolané, dont l'arête est dirigée en avant.

Enfin, je termine l'opération par l'application d'un cautère large sur toute la surface du museau de tanche, de manière à détruire toute trace des anciennes ulcérations du museau de tanche.

L'opération, qui a duré une demi-heure, a été faite sans aucune douleur pour la malade; j'ai eu soin de faire suivre chaque application de cautère de l'application immédiate d'un linge mouillé froid. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

La malade est ensuite couchée dans son lit, lui recommandant le repos le plus absolu; de la glace est appliquée sur le ventre.

Je la revois le soir; il n'y a pas de fièvre; elle a uriné; elle ne se plaint d'aucune douleur. Injection d'eau chlorurée.

Il en est de même les deux jours suivants.

Le 22 (troisième jour après l'opération), M$^{me}$ G... perd du sang. Je l'examine immédiatement; les eschares commencent à se détacher, et il y a un léger suintement sanguin à la surface du col; une application de cautère au rouge brun l'arrête. L'hémorrhagie vient de la cavité utérine et est peu abondante. Elle se continue les deux jours suivants avec tous les caractères d'une hémorrhagie menstruelle. La malade a été opérée quinze jours après ses règles, et on peut admettre que l'opération ait amené le retour de la menstruation avant l'époque voulue. Il n'y a d'ailleurs aucune fièvre ; la température n'a jamais dépassé 38°.

La malade est gardée au lit pendant trois semaines. La chute des eschares et la cicatrisation se font sans aucune complication. A la fin de mars, M$^{me}$ G... a pu reprendre ses occupations. Son utérus a repris la direction normale; l'engorgement a disparu; la menstruation s'est régularisée. M$^{me}$ G... mène actuellement une vie très active et très fatigante; elle y résiste parfaitement; elle peut marcher, porter des paquets lourds et volumineux sans ressentir aucune gêne. Cependant elle a encore, par moments, un peu de leucorrhée. Elle souffre de constipation et se plaint beaucoup de la gêne occasionnée par sa rectocèle, quand des matières fécales s'engagent dans le diverticulum rectal et font saillir la tumeur vaginale entre les lèvres de la vulve. J'ai essayé, mais sans succès, de la réduire par des injections sous-cutanées d'ergotine.

M. Barnier : Dans le cas dont M. Thorens vient de nous présenter l'histoire, l'antéversion paraît avoir été la cause principale des souffrances éprouvées par la malade ; du moins c'est là l'interprétation qu'en a donné notre collègue. Mon opinion est qu'on a beaucoup abusé de l'antéversion comme cause de phénomènes morbides. Si l'on considère que l'antéversion est assez générale chez les jeunes filles, que la matrice a la possibilité de se mouvoir dans un espace très suffisant, et de se mouvoir en quelque sorte à l'extrême sans causer de lésion sérieuse, on est en droit de contester le rôle étiologique important qu'on a voulu faire jouer à l'antéversion dans les accidents utérins. Je crois plutôt que, dans la plupart des cas, ces accidents sont dus à une métrite parenchymateuse. Or, en pratiquant, comme dans le cas de M. Thorens, des incisions et des cautérisations, on obtient un dégorgement de l'utérus et on guérit en réalité une métrite en croyant guérir une antéversion. Par conséquent, il me paraît légitime de chercher à guérir cette métrite par des moyens plus simples, tels que le repos, les bains, etc., etc.

M. Reliquet : Je ne crois pas que l'antéversion soit aussi inoffensive que le prétend M. Barnier. En effet, même chez les jeunes filles, il n'est pas rare de voir l'antéversion pure et simple amener des accidents sérieux, tels qu'excitation du col et autres. J'ai relevé dans certains cas des utérus avec l'anneau de Sims, et j'ai vu cesser ces accidents. Chez les femmes mariées, ces faits sont encore moins rares. Dans les deux cas, sans intervention chirurgicale directe ni indirecte, simplement en redressant l'utérus, j'ai fait disparaître les accidents en question. Ce que j'ai observé du côté de la vessie, je l'ai observé également du côté du rectum; ainsi, j'ai fait cesser des cas de constipation qui avait résisté aux moyens les plus rationnels par le simple redressement de l'utérus.

M. Barnier : Il est parfaitement certain qu'en remettant l'utérus dans l'axe du petit bassin, on peut remédier à des engorgements utérins persistants; mais je n'en suis pas moins convaincu qu'on fait jouer un trop grand rôle aux déviations utérines.

M. de Ranse : Il y a dans cette question des déviations et des engorgements utérins une sorte de cercle vicieux : la déviation favorise l'engorgement et l'engorgement favorise la déviation. Il me paraît cependant, d'après mon expérience personnelle, que la déviation à elle seule est susceptible d'amener des troubles très divers et parfois très sérieux. Je me rappelle, à ce sujet, une vieille demoiselle qui m'avait été adressée à Néris pour des accidents utérins datant déjà de longtemps. Cette personne avait jusque-là refusé de se laisser examiner. A force d'insister, je parvins à vaincre ses répugnances pour cette exploration et je pus constater qu'elle n'avait qu'une simple déviation, sans autre lésion. Le pessaire de Sims réussit à combattre ces accidents, dont la guérison fut complétée par quelques pratiques balnéo-thérapiques.

M. Mathelin demande pourquoi M. Thorens n'a pas opéré sur le cul-de-sac postérieur.

M. Thorens : L'opération a pour but de remédier à deux choses : la déviation et la métrite. Or, dans l'antéversion, l'engorgement ne porte guère que sur la lèvre antérieure de l'utérus. La lèvre postérieure est rarement ou peu atteinte.

— La séance est levée à six heures.

*Les secrétaires,* J. Cyr, de Fourcauld.

## FORMULAIRE

### Sirop bromuré. — Dujardin-Beaumetz.

Bromure de potassium. . . . . . . . . . 15 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères . . . . 250 —

Faites dissoudre. — Une cuillerée dans de la tisane, à certains malades, et particulièrement aux femmes nerveuses qui, au début des affections mitrales, éprouvent des douleurs, de l'oppression et de l'insomnie. Ces symptômes purement nerveux sont ordinairement améliorés par l'emploi du bromure de potassium. — Lorsque les malades sont anémiques, on leur prescrit en outre les préparations d'arsenic ou de quinquina. — N. G.

### Traitement de la diarrhée des phthisiques. — Hanot.

Les préparations opiacées prises par la bouche ou en lavement, constituent le moyen le plus efficace à opposer à la diarrhée rebelle, qu'on observe aux dernières périodes de la tuberculisation pulmonaire. On prescrit le laudanum à la dose de 10 ou 15 gouttes, l'extrait thébaïque à la dose de 5 centigrammes, le diascordium à la dose de 2 à 4 grammes, seul ou associé au sous-nitrate de bismuth, à la craie, à l'eau de chaux. Les substances astringentes telles que le ratanhia, le tannin, le cachou, le colombo, sont également appelées à rendre des services. — Le docteur Graves conseillait le nitrate d'argent en pilules, à la dose de 15 à 20 centigrammes. Le professeur Peter a obtenu des résultats avantageux du même remède, prescrit seulement à la dose de 3 à 5 centigrammes. — Dans certaines formes de diarrhée accompagnée de dyspepsie stomacale, la viande crue peut se montrer efficace. Quant à la diarrhée colliquative, elle a résisté jusqu'alors à toutes les médications dirigées contre elle. — N. G.

## COURRIER

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. le docteur Clozel de Boyer, qui vient de succomber à une angine diphthéritique contractée à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Une expérience d'électricité. — M. le docteur J. S. de Saint-Germain communique à *L'Électricien* l'intéressante expérience suivante.

On prend une boîte de carton de 0m,20 de long sur 0m,12 de large et 0m,05 de haut. Le couvercte de cette boîte est formé par une lame de beau verre. On collodionne à plusieurs reprises la face supérieure de ce verre (sans lui faire perdre sa transparence). On place dans la boîte des insectes en éponge ou en coton. On frotte avec les doigts *secs* la surface collodionnée et l'on voit par un temps sec les insectes s'agiter, avancer, reculer, etc., sous les doigts. On peut varier de différentes manières cette petite expérience.

Oiseaux tués par le froid. — M. J.-V. Släder écrit de Prague en date du 16 juin : Le froid, — 15 degrés centigrades, des derniers douze jours a frappé cruellement les hirondelles de notre contrée ; on les a trouvées mortes par centaines. La détresse de ces pauvres petites bêtes a été extrême. Épuisées par la faim et le froid elles se pressaient contre les fenêtres ; on leur ouvrait pour les réchauffer et les nourrir, mais elles mouraient presque aussitôt. A Kopidino, trois cents avaient cherché un abri sous un balcon ; le froid devenant la nuit de plus en plus intense, elles se sont groupées les unes contre les autres comme des essaims d'abeilles, jusqu'au matin ; trente étaient mortes. Dans quelques nids les petits étaient morts abandonnés, dans d'autres la mère était restée dans le nid.

Omnibus électrique. — M. William Spottiswood, président de la Société Royale de Londres, écrit, en date du 16 juin : « Un de mes amis m'annonce de Paris, que la semaine dernière il a voyagé dans cette ville sur un omnibus électrique. Il est vrai qu'il y a beaucoup à faire pour que ce système puisse entrer dans la pratique ; le train cependant a marché d'une manière satisfaisante. Le wagon, contenant cinquante voyageurs, était mis en mouvement par une grande machine Gramme et cent soixante éléments Faure. L'expérience sera bientôt répétée avec un nouveau moteur Meritens et une pile Faure. » Le savant Anglais doit faire ici allusion aux essais qui ont été faits, pendant la nuit, d'un grand tramway de la Compagnie générale des omnibus mû par une pile Faure.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE MÉDICALE

**Hôpital de Lourcine.** — Service de M. GOUGUENHEIM.

## DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE ;

Leçon recueillie par M. LEBRETON, interne du service.

I

Je vais, Messieurs, continuant à passer en revue devant vous les différentes laryngopathies, vous entretenir aujourd'hui d'une affection qui tient une grande place dans la pathologie de l'organe de la phonation. C'est la laryngite tuberculeuse, désignée aussi sous le nom de phthisie laryngée, terme peu exact, à notre avis, puisque cette localisation de la diathèse tuberculeuse est loin d'engendrer toujours la consomption. La nature tuberculeuse de cette affection a été longtemps contestée, et si parmi les noms de ses défenseurs on rencontre Cruveilhier, Andral, Trousseau et Belloc, Blache et Lhéritier (ce dernier toutefois avec des réserves), nous trouverons parmi ceux qui l'ont niée Laënnec, Rilliet et Barthez, Monneret et Fleury (auteurs du Compendium), Piorry et même Louis.

Les anatomo-pathologistes modernes sont venus par leurs recherches, fixer la nature tuberculeuse de la lésion. Rokitanski, Virchow admirent la plus grande fréquence de la granulation grise, tandis qu'Hérard et Cornil, Thaon, Rindfleisch déclaraient la forme caséeuse plus commune. Plus récemment, Coyne et son élève Doléris, tout en admettant plutôt l'infiltration, ne regardent pas la granulation comme aussi rare que le disaient les précédents auteurs.

Voici du reste quelle est la marche de la lésion. La granulation grise, très petite dans le larynx, est disséminée tout d'abord dans les couches superficielles de la muqueuse, qu'elle ulcère rapidement, après ou sans caséification préalable. La néoplasie tuberculeuse envahit ensuite les parois des vaisseaux, les glandes, les follicules clos, et le ramollissement de ce tissu néoplasique détermine des ulcérations plus profondes que les précédentes.

Ces amas tuberculeux déterminent une inflammation des tissus voisins, inflammation qui peut amener consécutivement un ramollissement plus étendu. D'autres fois cette inflammation ne se termine pas ainsi : il y a au contraire organisation du tissu embryonnaire et formation scléreuse. Les choses peuvent en rester là, et dans ce cas les foyers de ramollissement peuvent être circonscrits par ce tissu cirrhotique, qui peut être gagné consécutivement lui-même par une caséification ultérieure. Disons en passant que ces tissus scléreux peuvent acquérir parfois des développements considérables et ont été pris fort à tort pour un processus œdémateux.

Les ulcérations consécutives au ramollissement peuvent être surmontées de végétations, causées par l'hypertrophie papillaire de la muqueuse autour de l'ulcération.

Le travail destructeur peut envahir les tissus plus profonds, le périchondre, le cartilage et déterminer des abcès, de la carie ou de la nécrose. On a même observé des perforations de l'œsophage, de l'emphysème cutané à la suite de perforations (Andral, Trousseau et Belloc). Il est évident que quand des désordres aussi graves se produisent, ils peuvent engendrer des déformations irrémédiables de l'organe.

Des recherches plus modernes ont fait découvrir dans ce tissu hyperplasié, sclérosé et ramolli, la présence de follicules tuberculeux énormes, entourés de tissus plus ou moins indurés pouvant se ramollir ultérieurement au contact de ces follicules.

Loin de devenir toujours aussi graves, les lésions peuvent rester au contraire très superficielles et ces cas étudiés avec soin par Coyne et Doléris expliquent facilement ce qu'on a appelé les laryngites des tuberculeux.

Mentionnons enfin pour compléter cet exposé anatomique rapide, les dégénérescences secondaires des ganglions laryngo-trachéens, fait important et tenant sous sa dépendance des phénomènes cliniques, encore mal interprétés.

Les auteurs ne sont guère d'accord sur le siège de prédilection des lésions de la laryngite tuberculeuse, qui sont le plus souvent partielles. Pour *Andral* l'ordre de fréquence des régions atteintes serait le suivant : épiglotte, cordes vocales, ventricules, région aryténoïdienne. Pour *Lhéritier*, ventricules, cordes vocales, épiglotte. Pour *Louis*, commissure antérieure des cordes vocales inférieures, cordes vocales inférieures, région aryténoïdienne, ventricules. Pour *Krishaber* et *Peter*, région aryténoïdienne, épiglotte, cordes vocales supérieures, cordes vocales inférieures, replis aryténo-épiglottiques, vestibule. Pour *nous*, d'après notre observation, nous admettrons l'ordre suivant : région aryténoïdienne, cordes vocales supérieures et inférieures, replis aryténo-épiglottiques et épiglotte, enfin vestibule.

La *Symptomatologie* de la laryngite tuberculeuse comprend : l'examen des signes objectifs fournis par le miroir laryngoscopique et celui des signes subjectifs.

Passons d'abord en revue *les premiers*, et voyons successivement les différentes régions que nous avons énumérées tout à l'heure.

*Région aryténoïdienne.* — Elle est, avons-nous dit, le siège le plus fréquent et le plus constant des lésions tuberculeuses. Au début l'on observe de la tuméfaction au niveau des cartilages de Santorini, tuméfaction qui peut atteindre des proportions considérables, et prendre alors l'aspect que présentent les gros tubercules quadrijumeaux et que nous désignerons, en raison de cette analogie, sous le nom d'*aspect natiforme.* Plus tard, la région aryténoïdienne tout entière est envahie ; sous le gonflement, saillies et dépressions s'effacent et le tissu nouveau prend cette coloration rouge sombre et à l'aspect légèrement grenu qui a été appelée “ *aspect velvétique* ” par les différents auteurs. Enfin des ulcérations plus ou moins étendues peuvent survenir et se recouvrir de crachats purulents et muco-purulents.

Aux *replis aryténo-épiglottiques*, le gonflement, moins fréquent qu'à la région précédente, peut être uni ou bi-latéral. Dans ce dernier cas il peut y avoir prédominance d'un côté. Mais en tout cas l'envahissement, qui est consécutif aussi bien à l'altération de la région aryténoïdienne qu'à des lésions épiglottiques, est fort lent. La tuméfaction peut ici encore être excessive. La coloration est d'un rouge sombre, parsemée quelquefois de taches grises produites par des ulcérations.

L'*épiglotte* est assez fréquemment atteinte, et longtemps son gonflement a été pris pour de l'œdème. Elle peut acquérir des dimensions énormes, prend une coloration rouge très sombre, presque charnue. Les bords s'effacent et l'on peut y voir apparaître, aussi bien sur les faces que sur les parties latérales, des ulcérations plus ou moins profondes. Quand le volume atteint par l'épiglotte est assez considérable, jusqu'à la faire ressembler à un turban, à une arche de pont, quand en même temps les replis et la région aryténoïdienne sont tuméfiés, l'ouverture du larynx, presque complètement effacée, présente une analogie d'aspect assez grande avec un paraphimosis (Isambert) ou avec le museau de tanche utérin dans la métrite (Fauvel). C'est la forme la plus grave de la laryngite tuberculeuse.

Les *cordes vocales supérieures* sont aussi fréquemment intéressées et tuméfiées. Leur couleur est ordinairement rouge vif, mais elles peuvent aussi présenter un aspect exsangue (*tuméfaction pâle des tuberculeux cachectiques.*

Ce gonflement coexiste le plus souvent avec celui de l'infundibulum. Il peut être assez considérable pour masquer les cordes vocales inférieures. Cette tuméfaction des replis peut siéger d'un seul côté ou occuper les deux cordes ; il y a alors une sténose très dangereuse, amenant des accès de suffocation. On peut également rencontrer des ulcérations plus ou moins étendues, recouvertes parfois de végétations qui peuvent obstruer l'organe et nécessiter une intervention, légitimée seulement par cette circonstance.

Les lésions des *cordes vocales inférieures*, sont aussi souvent unilatérales que bilatérales. Au début le laryngoscope montre une rougeur marbrée de taches grisâtres, Les cordes plus tard sont gonflées et irrégulières et elles passent de la coloration rouge vif à une couleur sombre. Les ulcérations sont fréquentes sur les bords, comme l'a bien vu Isambert, elles diminuent la largeur de la corde envahie et lui donnent un aspect en dent de scie, produisant des encoches plus ou moins profondes, avec des pertes de substance irrémédiables. A la surface de ces ulcérations on peut trouver des végétations, soit à la commissure postérieure, soit sur toute l'étendue de la corde, végétations qui présentent un aspect grisâtre. Elles peuvent ici encore devenir confluentes et nécessiter une intervention thérapeutique.

Enfin, sans vouloir nous arrêter à des lésions rares, telles que la *luxation des cartilages aryténoïdes*, etc., nous mentionnerons les *troubles de la motilité*. Ce sont des paralysies incomplètes des cordes qui ne peuvent se rapprocher ou au contraire dont l'abduction est impossible. Ce dernier accident est bien plus grave que le premier, mais il est plus rare heureusement.

En passant, disons que ce n'est pas à une lésion des ganglions bronchiques qu'il faut subordonner la plupart du temps ces troubles de la motilité, mais à des altérations des petits ganglions laryngo-trachéens, fait que nous avons pu constater.

Quant aux parties adjacentes au larynx, pharynx, voile du palais, muqueuse buccale, elles sont ordinairement d'une pâleur excessive et peuvent présenter des lésions (ulcérations tuberculeuses, muguet, etc.) dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

## II

Les *signes subjectifs* de la laryngite tuberculeuse ne sont pas moins importants à bien connaître et nous allons les étudier avec quelques détails.

La *voix* présente des modifications remarquables qui peuvent se diviser en trois stades : 1° voix voilée et enrouée; 2° voix rauque; 3° éteinte. Quelquefois très marqués, ces trois stades sont souvent abrégés et le malade devient rapidement aphone. Cherchons l'explication des troubles de la phonation.

Et d'abord la voix est *voilée*, il y a impossibilité d'émettre les notes aiguës, il y a des intermittences dans la phonation. Toutes ces manifestations sont causées par la tuméfaction des cordes vocales inférieures, la difficulté qu'elles éprouvent à se rapprocher et la présence de sécrétions à leur surface. On l'a expliqué encore par la tuméfaction d'autres parties du larynx, telles que les cordes vocales supérieures atténuant les vibrations des cordes inférieures. Ce sont en tous cas les signes initiaux de la maladie.

Bientôt la voix devient *rauque*. C'est un stade plus marqué indiquant des lésions plus avancées; la voix est raboteuse, parce que les tissus sont plus gros, moins flexibles, et les vibrations en deviennent plus graves, en même temps le rapprochement est plus difficile. On a aussi pensé que des lambeaux de muqueuse flottant dans la cavité laryngienne pouvaient produire la raucité, on a fait jouer le même rôle à la vibration de l'épiglotte tuméfiée et abaissée sur l'orifice supérieur. Il nous semble que, dans ces deux cas, les lésions sont trop avancées pour produire seulement la raucité de la voix et qu'elle serait plus souvent éteinte.

L'*aphonie* peut se produire de différentes façons. Elle ne manque pas de

survenir si les cordes vocales sont détruites. Mais, dans ce cas, la voix a d'abord passé par les deux états que nous venons de décrire, c'est « l'aphonie organique. » — Dans d'autres cas, chez des tuberculeux cachectiques, l'aphonie peut survenir brusquement, sans être expliquée par de graves lésions laryngiennes, c'est « l'aphonie cachectique, » type fréquent chez nos malades des hôpitaux. Enfin l'aphonie peut survenir chez des sujets bien constitués, dont les poumons sont indemnes ou à peu près et qui, jusqu'alors, n'avaient eu que des troubles vocaux peu accentués. Le docteur Joal, dans une étude récente (*Archives de médecine*, 1881), a appelé l'attention sur cette aphonie, et j'ai pu vérifier la justesse d'une partie de ses observations. Cette aphonie due probablement à une paralysie des nerfs récurrents, causée par une adénopathie voisine, me paraît devoir être appelée « l'aphonie paralytique des tuberculeux. »

La *toux* n'est pas constante. Elle manque souvent et son absence est une présomption en faveur de l'admission d'une laryngite tuberculeuse, isolée de toute tuberculisation pulmonaire. Cette rareté de la toux peut, du reste, s'expliquer par l'absence de sécrétion laryngée, et cependant on l'a vue survenir dans des cas où cette sécrétion était insignifiante ; elle était alors quinteuse, douloureuse et s'accompagnait de la sensation de corps étranger. C'est un phénomène que l'on observe dans les mauvaises formes de l'affection. Krishaber considère cette toux comme un phénomène fâcheux, mais la rattache, à tort croyons-nous, à la coexistence d'une tuberculisation pulmonaire concomitante. Ce n'est qu'ultérieurement que le poumon est envahi, ce n'est pas là la véritable cause, qu'il faut chercher dans la tuméfaction de l'orifice laryngien.

On a dit encore que l'ulcération de la muqueuse laryngienne amenait la destruction des terminaisons nerveuses, supprimait le réflexe d'expulsion ; la toux. Le fait n'est pas toujours exact. Nos tuberculeux cachectiques des hôpitaux ont souvent des ulcérations considérables, ce qui n'empêche pas des accès de toux répétés de se produire pour l'expulsion des crachats. Si l'assertion que nous venons de citer était exacte, les malades périraient asphyxiés, ce qui n'arrive qu'à la période tout à fait terminale de la phthisie.

La toux des tuberculeux présente quelquefois un timbre particulier, il nous semble que l'expression de « toux éructante » donnée par Trousseau et Belloc à cette toux n'est pas absolument exacte. Elle est plutôt *sourde*, *étouffée* ou *voilée* et elle doit ce caractère à la destruction des parties vibrantes de l'organe et quelquefois à la faiblesse des malades.

L'*expectoration* est insignifiante au début et ne se distingue en rien de l'expectoration des laryngites ordinaires. Elle est épaisse, gommeuse, visqueuse, et quand elle est abondante, cela est dû à la coexistence d'une lésion du poumon. Elle peut devenir *fétide* quand il y a *carie des cartilages*. Les crachats pourront encore être légèrement striés de sang dans le cas d'ulcération récente, mais s'il y a une véritable hémoptysie le sang provient presque toujours du poumon.

La *douleur* n'est pas spontanée comme dans le cancer, elle est provoquée soit par la pression, soit par l'accomplissement d'un des actes suivants : déglutition, voix ou toux. Entre Andral qui nie la douleur dans la laryngite tuberculeuse, et Krishaber qui déclare la rencontrer dans un quart des cas, il faut choisir un juste milieu. La divergence des deux opinions s'explique d'ailleurs facilement. Andral observait à l'hôpital, c'est-à-dire dans un milieu où se trouvent surtout les tuberculeux avancés. Or, la douleur est un phénomène du début amené par le gonflement récent et des ulcérations récentes, alors l'afflux sanguin est considérable et l'irritation très vive. Aussi l'observe-t-on fréquemment dans les mauvaises formes de la laryngite tuberculeuse. Quand au contraire les ulcérations sont plus anciennes on peut voir ce symptôme disparaître complètement ou à peu près.

Les *troubles de la déglutition* se rencontrent fréquemment et sont en rapport avec le signe précédent. Ils sont provoqués par la tuméfaction de l'épiglotte, de la région aryténoïdienne et ary-épiglottique qui entraîne l'impossibilité de fermer l'orifice supérieur du larynx. — La dysphagie des liquides ouvre la scène et est due à l'inocclusion de l'orifice. Mais il ne faudrait pas croire que la dysphagie soit constante. Les expériences de Magendie ont suffisamment prouvé que la déglutition pouvait se faire même sans épiglotte ; la dysphagie a cependant lieu au début des formes graves de la tuberculose, plus tard ce symptôme peut s'effacer ou tout au moins s'atténuer.

La *respiration* peut ne jamais être troublée dans le cours de la laryngite. Quand il y a dyspnée elle est due soit à la sténose causée par la tuméfaction énorme de la muqueuse laryngienne, soit à la présence de végétations en nombre suffisant pour obstruer le conduit. Des lambeaux de muqueuse flottants, des séquestres, les abcès consécutifs à la carie des cartilages pourraient encore la produire ; enfin elle peut encore être la conséquence d'une adduction excessive des cordes vocales inférieures produite par la paralysie des abducteurs causée par une compression, ou par une irritation prolongée des récurrents, comme nous avons pu en observer un cas dans notre service cette année.

Une arthrite des articulations crico-aryténoïdiennes en empêchant l'abduction pourrait amener un résultat analogue, mais le fait est exceptionnel.

Quant à l'épaississement seul des replis aryténo-épiglottiques incriminé si longtemps, jamais, je vous l'ai souvent répété, il ne peut produire une dyspnée excessive.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS ;

Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 23 juin 1881 (1),

Par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Quatrième série

Injections tous les jours de 2 milligrammes de sublimé (demi-seringue).

OBS. XVIII. — Louise L..., 33 ans, cordonnière. Entrée le 10 mai 1881, salle Saint-Alexis, n° 34.

Antécédents strumeux.

A contracté la syphilis il y a dix-sept ans. Soignée en 1869, dans le service de M. Fournier, pour syphilides vulvaires, cutanées, buccales. Prit du mercure, puis suivit pendant deux ans un traitement à l'iodure de potassium. Depuis neuf ans, aucun accident syphilitique. Depuis trois mois, douleur au niveau du voile du palais. Rien du côté du système nerveux. Pas de troubles oculaires.

*Examen.* — Rien à la gorge. Organes génitaux sains. Ulcération du volume d'une pièce de 0,20 centimes, à fond jaunâtre, à bords nets circulaires, siégeant à la partie postérieure de la voûte palatine. L'os est intact. Voix un peu nasonnée. Pas de troubles de la déglutition. Syphilides érosives de la langue et des lèvres. Traces de syphilides pustulo croûteuses du tronc.

*Traitement.* — Injection, tous les jours, de 2 milligrammes, du 11 au 23 mai. — Total : 11 injections.

La malade se plaint de ressentir pendant deux heures, après chaque piqûre, une douleur vive, lancinante, s'irradiant dans les reins. Pas de rougeur ni de tuméfaction au point piqué. Pas de stomatite.

Le 18 mai (septième injection), l'ulcération de la voûte palatine se répare notablement.

*Sortie* le 23 mai. Syphilide ulcéreuse palatine a disparu. Persistance des syphilides linguales.

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 23 et 24 juillet.

Obs. XIX. — Adèle B..., 18 ans, blanchisseuse. Entrée le 10 mai, salle Saint-Alexis.

Soignée déjà en juin 1878, salle Saint-Alexis, pour syphilides vulvaires et cutanées pendant cinq mois; puis, en juin 1880, pour nouvelles syphilides et chancres non infectants; la malade rentre le 10 mai 1881.

*Examen.* — Une syphilide papulo-hypertrophique volumineuse de la base de la grande lèvre droite. Syphilides érythémateuses, papuleuses, ecthymateuses du tronc et des membres. Alopécie. Céphalée. Courbature, Insomnie.

*Traitement.* — 2 milligrammes injectés tous les jours, du 21 mai au 4 juin. — Total : 15 injections.

Douleur et chaleur durant une heure environ après chaque piqûre, les sept premières fois. Puis aucune douleur, aucun accident.

*Sortie* le 4 juin, sur sa demande. Syphilide vulvaire est guérie. Syphilide cutanée persiste. État général satisfaisant. Eczéma des seins.

Obs. XX. — Olympe M..., 23 ans, blanchisseuse. Entrée le 10 mai, salle Saint-Louis, n° 22.

Scrofule. Tuberculose pulmonaire. Arthritisme. Soignée il y a cinq mois, à Lourcine, salle Sainte-Marie, pendant quinze jours pour syphilides vulvaires et buccales qui remontaient à trois mois. Alopécie. Céphalée. Courbature. Tibialgie. Fièvre syphilitique. Algidité périphérique.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques érosives confluentes des grandes lèvres et du pourtour de l'anus. Syphilides érythémateuses et papuleuses du tronc et des membres. Syphilide pigmentaire du cou. Syphilides érosives volumineuses de la luette, du palais et des amygdales.

*Traitement.* — Injections tous les jours, de 2 milligrammes, du 11 mai au 10 juin. — Total : 28 injections.

Légère douleur, légère cuisson durant une heure et demie, après la piqûre. Pas d'accidents locaux. Dès la huitième injection, les syphilides s'affaissent notablement.

*Exeat,* guérie, le 10 juin.

Obs. XXI. — Marie B..., 19 ans, blanchisseuse. Entrée le 17 mai, salle Saint-Louis, n° 15.

Pas d'antécédents diathésiques.

Il y a onze mois, la malade est restée sept mois à Saint-Lazare pour syphilides anales, vulvaires et cutanées. Elle est sortie guérie et n'a suivi aucun traitement depuis. Il y a trois semaines, apparition de nouvelles syphilides.

*Examen.* — Vulvo-vaginite blennorrhagique. Chancre non infectant de l'anus. Bubon suppuré. Syphilides papulo-squameuses du tronc et des membres.

*Traitement.* — Du 20 mai au 10 juin, injections tous les jours. — Total : 21 injections.

Aucune douleur. Aucun accident.

*Sortie,* sur sa demande, le 10 juin. Les syphilides ont presque totalement disparu.

Obs. XXII. — Reine H..., rempailleuse. Entrée le 17 mai, salle Saint-Louis, n° 5.

Scrofule. Métrite. Rétroversion. Adéno-lymphite double.

*Examen.* — Depuis quinze jours, petites syphilides papuleuses de la grande lèvre gauche. Quelques syphilides érosives de la vulve. Polyadénite inguinale. Syphilide papuleuse et érythémateuse généralisée. Adénite cervicale et sous-maxillaire. Hypertrophie sans érosion des amygdales. Alopécie. Courbature. Algidité périphérique. Tissu cellulaire très peu abondant.

*Traitement.* — Du 20 mai au 13 juin, injections tous les jours (2 milligr.). — Total : 23 injections.

Aucun accident. Pas de douleur.

*Exeat* le 13 juin, guérie de ses accidents syphilitiques.

Obs. XXIII. — Clémentine M..., 25 ans, domestique. Entrée le 17 mai, salle Saint-Louis, n° 21.

Pas d'antécédents diathésiques. Métrite. Adéno-lymphite. Depuis deux mois, boutons aux grandes lèvres. Céphalée. Alopécie. Insomnie.

*Examen.* — Tuméfaction et induration des grandes lèvres, qui sont le siège de syphilides papulo-érosives diphthéroïdes. Folliculite simple. Syphilides érosives de l'anus. Hypertrophie du raphé périnéal. Syphilide érythémateuse et légèrement papuleuse du tronc et des membres. Hypertrophie considérable des deux amygdales.

*Traitement.* — Injections tous les jours de 2 milligrammes, du 28 mai au 23 juin; 27 injections.

Aucun accident. Pas de douleur.

Dès le 10 juin, les syphilides vulvaires s'affaissent très-notablement, mais apparition de syphilides érosives des deux amygdales.

23 juin. La malade continue son traitement.

Obs. XXIV. — Victorine F..., 22 ans, domestique, salle Saint-Louis, n° 6. Entrée le 17 mai.

Pas d'antécédents diathésiques héréditaires ; métrite légère.

Traitée il y a six mois, salle Saint-Bruno (service de M. Terrillon), pendant cinq semaines pour des syphilides vulvaires.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques confluentes péri-anales. Rien à la vulve. Syphilide papuleuse discrète du tronc et des membres. Adénite multiple indolente inguinale et cervicale.

*Traitement.* — Injections tous les jours de 2 milligrammes du 17 mai au 23 juin ; 34 injections.

Pendant les quinze premiers jours environ, la malade ressent pendant une demi-heure après chaque injection une douleur légère, sans cuisson au point piqué. Les dernières piqûres ne sont plus douloureuses. En outre, la peau de la malade est très résistante, le tissu cellulaire sous-cutané se laisse difficilement pénétrer. Il en résulte que dans quelques injections (3 ou 4 environ) le liquide ne pénètre pas profondément, d'où production de nodosités légèrement douloureuses, sans réaction inflammatoire, persistant deux, trois à quatre jours au maximum.

Dès la cinquième injection, les syphilides vulvaires et cutanées s'éteignent.

Le 23 juin, les syphilides ont presque complètement disparu. La malade continue son traitement.

Obs. XXV. — Rosalie Z..., blanchisseuse, 17 ans, salle Saint-Alexis, n° 30. Entrée le 24 mai 1881.

Pas d'antécédents diathésiques.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques multiples des grandes lèvres, des petites lèvres, du pourtour de l'anus. Syphilides papulo-érosives du vagin et du col de l'utérus. Syphilide papuleuse, papulo-érythémateuse du tronc et des cuisses. Prurigo parasitaire généralisé. Syphilides érosives des deux amygdales.

*Traitement.* — Du 25 mai au 18 juin, injection tous les jours de 2 milligrammes.

Aucun accident, pas de douleur.

Le 18 juin, on double la dose : 4 milligrammes. Pas de douleur, pas de stomatite.

*Exeat*, améliorée, sur sa demande, le 20 juin. — Total : 26 injections.

Obs. XXVI. — Louise C..., 18 ans, couturière, salle Saint-Alexis, n° 10. Entrée le 24 mai 1881.

Pas d'antécédents diathésiques.

*Examen.* — Vulvo-uréthro-vaginite blennorrhagique. Abcès de la glande vulvo-vaginale gauche. Syphilides hypertrophiques érosives des grandes lèvres et du pourtour de l'anus remontant à huit jours environ. Céphalée, courbature, algidité périphérique, alopécie. Syphilides érosives de la paroi postérieure du pharynx. Syphilide papulo-squameuse de la mâchoire inférieure.

*Traitement.* — Du 25 mai au 23 juin, injections tous les jours de 2 milligrammes. — Total : 29 injections.

Légère douleur, cuisson au point piqué durant une heure lors des 9 premières injections, à peine perceptible lors des suivantes. Pas d'autre accident.

Dès la dix-huitième injection, tous les accidents syphilitiques ont disparu. Persistance de la blennorrhagie.

Le 23 juin, aucune syphilide nouvelle n'est apparue ; on continue les injections quotidiennes.

*(La suite à un prochain numéro.)*

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

Du lavage de l'estomac, par le docteur Henri Faucher. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1881.

Le lavage stomacal est une méthode thérapeutique qui n'a pas encore donné tous les résultats qu'on est en droit d'attendre d'elle. Les procédés simples et pratiques proposés et employés par le docteur Henri Faucher permettront d'en vulgariser l'usage, de multiplier les observations et de préciser les indications cliniques. En tout cas, cette opération pratiquée par

la méthode dont l'auteur expose le manuel opératoire et les résultats, est si facile et si inoffensive que les malades peuvent l'employer sans l'intervention du médecin.

Le lavage stomacal seul ou combiné avec des agents médicamenteux (chloral, borax) paraît être utile dans les troubles dyspeptiques, l'ulcère et le cancer de l'estomac. C'est en multipliant les observations cliniques qu'il sera possible de fixer définitivement les indications de cette médication qui d'ailleurs possède déjà à son actif quelques succès obtenus depuis deux ans. Dans les empoisonnements, elle peut aussi être utile pour provoquer l'évacuation des matières ingérées et pour reconnaître leur nature. En fixant ce procédé opératoire, la brochure actuelle est donc utile à la fois aux cliniciens et aux médecins légistes. — Ch. É.

De la résorcine et de son emploi en thérapeutique, Recherches expérimentales et cliniques, par le docteur Hippocrate Callias. — Paris, 1881, Berthier.

Chercher un succédané de l'acide phénique voisin de ce médicament par des propriétés chimiques et physiologiques, tel a été le but de l'auteur dans ses recherches sur la résorcine; recherches qui ont été faites sous la direction de M. Dujardin-Beaumetz et de M. Périer. La résorcine est un antifermentescible dont le pouvoir toxique paraît inférieur à celui de l'acide phénique. Elle peut être utilisée à l'intérieur ou à l'extérieur dans toutes les affections contre lesquelles on a employé avec succès les autres benzols. De plus, au point de vue chirurgical, elle a une causticité et une odeur beaucoup moindres que celles de l'acide phénique. Mais, à l'intérieur, son emploi contre le rhumatisme et l'hyperthermie est encore mal défini. C'est donc par des expériences ultérieures qu'on pourra connaître plus complètement les effets physiologiques et mieux déterminer les indications du nouveau médicament. La thèse inaugurale du docteur Callias sera un document utile à consulter à ce point de vue. — Ch. É.

Recueil des travaux chimiques du docteur Domingo Freire. — Rio de Janeiro, 1881. Molarinho.

Cet ouvrage du professeur de chimie organique de la Faculté de médecine de Rio de Janeiro est un exposé des travaux dont il est l'auteur; travaux parmi lesquels nous signalerons les études sur la *péréirine*, alcaloïde retiré d'une plante de la famille des Apocynées, le *geissospermum lœve* (Baillon) et sur la *vieirine*, autre alcaloïde extrait du *Cinchona ferruginea*. Ces deux plantes sont employées dans la matière médicale de l'Amérique du Sud; mais l'étude physiologique de leurs propriétés n'est pas encore faite, et donnerait, au point de vue clinique, des résultats assurément intéressants.

Avec ces travaux chimiques, le docteur Domingo Freire publie un mémoire sur la fièvre jaune dans lequel l'emploi du salicylate de soude en injections hypodermiques, a paru donner quelques résultats heureux. C'est une question qui mérite de nouvelles études et qui est en ce moment soumise à l'examen d'un comité de professeurs de la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, désigné par le gouvernement brésilien. — Ch. É.

Traité élémentaire de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par MM. A. Rulier et F. Hettet. — In-12, O. Doin, Paris, 1881.

Cet ouvrage est, au point de vue pratique, un manuel complet de la médecine légale et des sciences qui s'y rapportent. La première partie a pour objet l'étude des questions judiciaires relatives à l'individu mort (signes de la mort, exhumation, etc.) et à l'individu vivant (état civil, identité, mariage, maladies simulées, folie, etc.). Parmi les chapitres les plus intéressants, on doit surtout citer ceux qui traitent des assurances sur la vie, des rentes viagères, des attentats contre la vie et contre les mœurs, dans lesquels les auteurs se sont inspirés avec succès des travaux de Tardieu et de Brouardel. Il est à désirer que dans une édition suivante les auteurs consacrent un plus grand nombre de pages aux notions de jurisprudence de la médecine et de la pharmacie et aux questions concernant l'exercice professionnel. Il est utile que le corps médical apprenne à se protéger lui-même, et, dans ce but, de vulgariser la connaissance de la législation et des précédents judiciaires relativement aux multiples questions de l'exercice illégal, des médecins étrangers, etc., et, en un mot, de toutes les formes du parasitisme et du charlatanisme médical.

La deuxième partie est un exposé pratique de la marche à suivre dans les recherches de toxicologie et dans l'expertise des falsifications des aliments usuels. Des figures en noir et des planches coloriées complètent les descriptions et donnent une idée exacte d'un certain nombre de lésions criminelles. En résumé, cet ouvrage sera utile aux étudiants et aux médecins praticiens souvent fort embarrassés quand ils sont requis par la justice et qu'ils n'ont pas l'habitude des expertises médico-légales. — Ch. Éloy.

De la formation par greffe des kystes et des tumeurs perlées de l'iris, par le docteur Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Bordeaux, 1881, Bellier.

La pathologie est d'accord avec les expériences de l'auteur pour établir que les tumeurs perlées ou les kystes de l'iris sont consécutifs à des plaies pénétrantes de la cornée. En greffant chez des lapins des lambeaux de peau et de conjonctive sur l'iris, on produit expérimentalement des tumeurs épithéliales ou kystiques. Il est probable que, chez l'homme, un traumatisme semblable est l'origine des tumeurs perlées, qui, 83 fois sur 100, se montrent à la suite de plaies pénétrantes de la cornée. Les observations du docteur Masse sont donc des plus intéressantes au point de vue de la pathologie expérimentale et de la pathologie des tumeurs. — Ch. É.

De l'ozène vrai, par le docteur Alfred Martin. — Paris, 1881. A. Parent.

Sous le nom d'ozène vrai, non symptomatique, l'auteur décrit tous les ozènes sans lésions ostéo-périostiques survenant habituellement chez des individus âgés de 12 à 20 ans à la suite d'un arrêt de développement du troisième cornet des fosses nasales, d'où résulte une trop grande largeur de l'une ou des deux fosses nasales, le catarrhe chronique à tendance atrophique de la muqueuse, la stagnation des mucosités et leur décomposition. Les moyens de traitement sont l'irrigation des fosses nasales au moyen de l'eau salée, qui n'a pas l'inconvénient comme l'eau pure de produire des altérations de la muqueuse et le coryza, le tampon d'ouate préconisé par Gottstein ou le cylindre de caoutchouc de Frœnkel. — Ch. É.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Traitement des ulcères variqueux.* — M. Lasègue, à sa clinique, insiste sur la nécessité qu'il y a, dans le traitement des ulcères variqueux, de s'adresser non pas seulement à la plaie elle-même, mais à toute la région ambiante. Cette zone, où la peau est déjà altérée, a autant d'importance que l'ulcère et peut être fort étendue. Le traitement par l'immersion totale est seul capable de modifier d'aussi vastes surfaces. On prescrira des bains fréquents, ordinairement quotidiens, dont la durée ne dépassera pas une demi-heure, et d'une température constante, pour éviter les refroidissements. Le repos au lit est indispensable pendant le traitement. En agissant ainsi, on obtiendra de bien meilleurs résultats qu'avec les topiques, qui ont souvent pour effet d'irriter la plaie et de provoquer des érysipèles.

Le professeur a pu modifier avantageusement les éruptions acnéiques et érythémateuses des femmes nerveuses avec des bains renfermant 20 grammes de sulfate de cuivre auxquels on ajoute 100 grammes de sulfate de soude pour éviter l'irritation de la peau. (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*; juin 1881.) — P. B.

*Phagédénisme.* — M. Fournier rappelle qu'il n'y a pas de spécifique pour le phagédénisme chancreux, et qu'il faut avant tout combattre la cause de la complication. Tantôt on en trouvera la raison dans l'inflammation provoquée par des topiques irritants, des pansements mal faits, et alors c'est par le repos, les émollients, une hygiène mieux entendue qu'on obtiendra la guérison; tantôt c'est l'état général du malade qui crée un terrain défavorable, et il faudra le modifier par un régime approprié, toniques, huile de foie de morue, arsenic, etc., selon les indications. Un grand nombre de chancres phagédéniques peuvent guérir par la seule observation de ces préceptes; en cas d'insuccès, on pourra recourir à l'application topique d'une solution de nitrate d'argent au 30e, ou encore à l'iodoforme, qui réussit parfois très bien, mais d'une manière inconstante. (*Journal de méd. et de chir. pratique*; juin 1881.) — P. B.

*Métrorrhagies d'origine névralgique.* — M. Huchard fait remarquer que l'on a tort de traiter indistinctement toutes les métrorrhagies par l'ergot de seigle; on s'expose à des insuccès, et il y a même, suivant son expression, des *métrorrhagies qui n'aiment pas l'ergot de seigle.* Il arrive souvent que l'écoulement sanguin est entretenu par une névralgie lombo-abdominale. Dans les états névralgiques, il se passe quelque chose de comparable à ce qu'on observe dans la névralgie faciale; de même que l'œil rougit au moment des paroxysmes douloureux, de même sous l'influence de la douleur la matrice peut se congestionner et devenir même le siège d'une hémorrhagie. Ces faits ont été bien étudiés par M. Marrotte. C'est à calmer la douleur que la thérapeutique doit tendre pour arrêter l'hémorrhagie; la médication anti-névralgique devient donc hémostatique. On emploiera avec avantage le sulfate de quinine, les injections de morphine et les vésicatoires morphinés appliqués sur les points douloureux. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, avril 1881.) — P. B.

*Angine névralgique.* — M. Huchard rappelle encore que certaines congestions de l'isthme

du gosier accompagnées de vives douleurs sont placées sous la dépendance d'une névralgie. Un malade se plaint d'une violente angine; à l'inspection, on ne trouve rien ou seulement une légère rougeur incapable d'expliquer l'acuité des douleurs. Ce sont des cas d'angine névralgique étudiés plus particulièrement dans la grippe par Marrotte et tout dernièrement encore par M. Rousseau Saint-Philippe, de Bordeaux.

Cette pseudo-angine névralgique se caractérise par les symptômes suivants : désaccord entre l'intensité de la douleur et la légèreté de la rougeur ou du gonflement; — subordination de l'hyperémie à la névralgie; — caractère paroxystique de la douleur avec irradiations fréquentes dans la mâchoire ou les oreilles; — bons effets du traitement par les antinévralgiques. On donnera le matin le sulfate de quinine à dose de 0,50 à 1 gramme, et on fera des attouchements de la gorge avec : glycérine, 10 grammes; chlor. morphine, 0,10 centig. Ce traitement réussit également dans une forme voisine, l'angine névralgique accompagnée d'une ou plusieurs vésicules d'herpès avec douleurs souvent intolérables. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, avril 1881). — P. B.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juin 1881. — Présidence de M. Desnos.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Lettre de candidature de MM. Danlos, Gingeot, Cuffer, pour le titre de membre titulaire. — Observation d'un cas de *rougeole* accompagnée de convulsions de la face et du membre supérieur à droite avec aphasie, suivies de paralysie fugace, par M. le docteur Sorel. — Communication sur le *rein amyloïde sans albuminurie*, par M. Straus. Discussion : M. Cornil. — Note sur les propriétés médicinales de l'*acide silicique*, par M. Champouillon. — Communication de M. Cornil sur les *bactéries de la lèpre.* Discussion : M. Ed. Labbé.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Tumeur kystique de l'utérus et de l'ovaire gauche*, par M. Wasseige. — *Annales* de la Société d'hydrologie médicale de Paris, 1880-1881. — *Revue médicale française.* — *Marseille médical.* — *Gazette médicale d'Orient.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Thérapeutique contemporaine* d'Audhoui, etc., etc.

Correspondance manuscrite : Lettre de candidature de MM. Danlos, Gingeot, Cuffer, nommés médecins du Bureau central pour la place de membre titulaire de la Société médicale des hôpitaux.

—

M. Lereboullet dépose sur le bureau, au nom de M. Sorel, l'observation suivante : Rougeole, convulsions de la face et du membre supérieur à droite avec aphasie, suivies de paralysie fugace. (Voir le numéro du 24 juillet.)

—

M. Straus lit une note sur la dégénérescence amyloïde du rein, sans albuminurie. (Sera publiée prochainement.)

M. Cornil : L'explication donnée par M. Straus est très rationnelle. J'ajoute que l'albuminurie fera de même défaut lorsque les glomérules ne fonctionneront plus par suite de leur grande altération.

—

M. Desnos, au nom de M. Champouillon, lit une note sur les *propriétés médicinales de l'acide silicique.*

Il y a quelques années, voulant expérimenter les propriétés antisyomitiques de la silice, il m'arriva de faire un mélange de 500 grammes de moût de bière et de 25 grammes d'acide silicique que j'abandonnai, en vase ouvert, dans un office de cuisine. Au bout de huit mois, je retrouvai une masse gélatiniforme n'ayant subi absolument aucun autre changement que celui de sa consistance.

J'eus l'honneur de présenter ce produit, nouveau pour moi, à l'examen de M. Dumas (de l'Institut), qui me fit remarquer, à cette occasion, que les médecins, jusqu'ici, n'ont connu qu'imparfaitement les avantages qu'ils peuvent obtenir de l'emploi de la silice comme agent thérapeutique. « Entreprenez cette étude, me dit-il, vous êtes merveilleusement placé pour cela à Luxeuil. »

C'est le résultat des recherches que j'ai entreprises à ce sujet, que je me permets d'adresser à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Les eaux minérales alcalines de Luxeuil contiennent, par litre, 1,15 c. de matières salines,

parmi lesquelles figurent 0,73 de chlorure de sodium, 0,19 de sulfate de soude et 0,12 d'acide silicique : cette dernière substance communique à l'eau une sorte d'onctuosité savonneuse dont le contact avec la peau et les muqueuses est tout à la fois doux et astringent.

J'avais depuis longtemps déjà utilisé cette double propriété pour le traitement de la leucorrhée et du catarrhe superficiel de la vessie, lorsque le conseil me fut donné d'en étendre l'application au traitement de la couperose et de l'acné de la face. Ce qui m'encourageait d'ailleurs dans cette entreprise, c'est que toutes les eaux potables de la région de Luxeuil étant siliceuses, j'avais constaté que les gens du pays qui s'en abreuvent ne présentent que des cas extrêmement rares de dermatoses aiguës ou chroniques.

Pour ne point trop m'étendre ni me répéter, je me borne à résumer dans l'observation suivante les particularités de la médication employée et les résultats obtenus.

M[me] de B..., âgée de 28 ans, mère de quatre enfants, fut atteinte, il y a quelques années, à la suite de sa dernière grossesse, de traînées rougeâtres à la base et à la pointe du nez, à la lèvre supérieure, puis au menton et sur les pommettes. Bientôt les surfaces envahies acquirent une teinte foncée, se couvrirent de pustules sébacées et d'arborisations variqueuses. Pour soustraire aux regards du public l'état repoussant de sa figure, M[me] de B... ne sortait jamais sans porter, même en été, un voile épais et de couleur sombre. C'est en cet état que la malade vint, au mois de juillet 1878, tenter une cure à Luxeuil. A cette époque, je n'avais pas encore l'expérience que j'ai acquise depuis, relativement au degré d'efficacité thérapeutique de la silice contre la couperose et l'acné. Ce ne fut donc qu'en faisant mes réserves et en exprimant mes doutes sur le succès qu'espérait M[me] de B... que je commençai le traitement qui m'était demandé avec instance.

Je fis prendre tous les jours, pendant trois semaines, à la malade, quatre verres d'eau à la source dite *Savonneuse* (siliceuse) et un bain de même nature, d'une durée de deux heures, et pendant lequel elle se mouillait très fréquemment la figure avec l'eau de sa baignoire. Je prescrivis en outre, pour la nuit, l'application sur les parties couperosées, de plusieurs couches d'eau minérale siliceuse concentrée.

Après une vingtaine de jours de ce traitement, l'état de M[me] de B... s'était considérablement amélioré; quelques groupes d'acné persistaient encore, mais moins volumineuses et moins humides qu'auparavant. Je fis doubler la saison et j'eus la satisfaction de constater, à la fin de la cure, que la malade était complètement délivrée d'une infirmité qui la privait de toutes relations sociales. Depuis trois ans, il n'y a eu aucune ébauche de rechute, bien qu'il soit dans la nature et les habitudes de cette maladie de reparaître par des poussées nouvelles au moment où on la croit guérie.

J'ai eu l'occasion d'appliquer le même traitement à quatorze femmes atteintes des variétés suivantes de la couperose :

| | |
|---|---|
| Couperose érythémateuse simple | 5 cas. |
| Couperose sébacée pustuleuse | 5 cas. |
| Couperose variqueuse | 2 cas. |
| Couperose indurée d'un rouge livide | 1 cas. |
| Couperose mamelonnée tuberculeuse | 1 cas. |
| Couperose-hypertrophie avec déformation éléphantiasique du nez.. | 1 cas. |

Même variété chez deux hommes adonnés à l'ivresse.

Relativement aux causes de l'affection, j'ai noté que les malades étaient âgées, l'une de 19 ans, deux de 28 ans, cinq de 30 à 35 ans, deux de 35 à 40 ans; trois avaient dépassé l'âge critique; trois étaient atteintes de dyspepsie gastrique, une d'endocardite chronique, quatre de métrite cervicale ou d'endo-métrite chronique, une d'arthritisme; deux tenaient leur maladie de l'hérédité; chez une autre, la couperose avait succédé à une grossesse.

La curabilité de la couperose par l'eau minérale de Luxeuil est naturellement subordonnée à la cause et au degré d'ancienneté de l'affection. Je considère comme curable par ce genre de médication, la couperose accidentelle et à son début, la couperose produite ou favorisée par le tempérament lymphatique, la dyspepsie, les affections utérines non incurables, la grossesse, l'âge critique, l'arthritisme ou l'eczéma; sont incurables ou seulement susceptibles d'une amélioration plus ou moins durable, les cas de couperose héréditaire, de couperose dépendant d'une maladie du cœur ou du foie, et de couperose entretenue par l'ivrognerie ou par les influences climatériques.

Je tiens pour absolument rebelle la couperose tuberculeuse ou hypertrophique avec prolifération abondante du tissu conjonctif. Dans tous les cas où les acnés demeurent indurées, humides et de teinte violacée, j'ai toujours employé avec succès, comme auxiliaire du traitement hydro-minéral, le sel de Boutigny qui, manié avec prudence, ne donne jamais lieu à aucun accident.

Quelques médecins semblent redouter les suites de la guérison de l'acné et de la couperose, sous prétexte que le principe du mal ne fait que disparaître pour se porter vers un autre organe que la peau. J'ai revu toutes les malades traitées à Luxeuil, et, chez aucune d'elles, il ne m'a été donné de rencontrer les signes de cette métastase tant redoutée.

Quel est le véritable mode d'action de la silice contre la couperose? Il me serait impossible de faire aujourd'hui une réponse satisfaisante à cette question.

Mes recherches sur les propriétés médicinales de l'acide silicique n'ont pas eu pour unique objet la couperose. J'ai adressé autrefois à l'Académie des sciences un mémoire dans lequel j'ai résumé les résultats de mes études sur l'emploi de la silice dans le traitement de la leucorrhée, du catarrhe vésical, de la gravelle et de l'eczéma.

—

M. Cornil fait une communication sur les bactéries de la lèpre. (Sera publiée.)

M. Ed. Labbé observe en ce moment, dans son service, un jeune homme, âgé de 16 ans, atteint de lèpre. (Il publiera l'observation.)

— La séance est levée à cinq heures.

*Le secrétaire*, Martineau.

## FORMULAIRE

Solutions de morphine pour injections hypodermiques. — Dujardin-Beaumetz.

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de morphine. . . . . . . . | 1 gramme. |
| Hydrolat de laurier-cerise. . . . . . . . | 50 — |

Faites dissoudre. — Un gramme de cette solution renferme 2 centigrammes de sel de morphine. On commence par en injecter de 5 à 10 milligrammes, dans le cas de lésions aortiques (rétrécissement ou insuffisance), pour combattre la dyspnée, les accès angineux, la douleur cardiaque, et les symptômes de l'anémie cérébrale, tels que vertige et lipothymie. On pratique l'injection à la face dorsale de l'avant-bras, sur la paroi abdominale, ou mieux encore au niveau même de la douleur. — Si la morphine est mal tolérée et provoque des vomissements, on lui associe l'atropine, et on prépare la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de morphine. . . . . . . . | 0 gr 10 centigr. |
| Sulfate neutre d'atropine. . . . . . . . . | 0 gr 01 centigr. |
| Hydrolat de laurier-cerise . . . . . . . . | 20 grammes. |

Un gramme de cette solution renferme un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine, et un demi-milligramme de sel d'atropine. On injecte la totalité de la seringue, et on obtient souvent des résultats plus favorables qu'avec la morphine seule. — S'assurer du fonctionnement régulier des reins, avant de pratiquer ces injections. — N. G.

## COURRIER

Froid excessif. — Le froid ressenti en Norwège l'hiver dernier, d'octobre 1880 à mars 1881, a dépassé de 7 degrés centigrades la moyenne des années ordinaires. Le plus grand froid enregistré cette année dans les diverses stations de la Norwège a sévi du 13 au 18 janvier. A Karasjok, la température la plus basse a été de — 50°,6 centigrades; jamais encore, dans cette localité, le thermomètre n'était descendu si bas.

Congrès archéologique de France. — Ce congrès a tenu sa quarante-huitième session annuelle, à Vannes (Morbihan), le 28 juin. Parmi les sujets discutés, les plus importants sont: les monuments mégalithiques du golfe du Morbihan, la chronologie des sépultures, l'influence du sol sur la distribution des monuments mégalithiques, les objets de bronze ou autres reliques trouvées dans les tombes de la Bretagne; les monnaies gauloises et romaines; les antiquités anté-romaines de la Bretagne. (*Les Mondes.*)

Demande d'emploi. — J. G..., bachelier ès lettres et ès sciences, ancien médecin de la marine, muni des meilleurs certificats, demande soit à accompagner un malade, soit à remplir quelque autre emploi. — S'adresser au Bureau du journal.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 26 *juillet*. — Après les formalités d'usage, la parole est donnée à M. Bouis pour la lecture d'un rapport. Comme les formalités, c'est-à-dire le procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, ont duré très longtemps, comme d'autre part un comité secret nous est annoncé pour quatre heures et demie, on prévoit une séance nulle. Un rapport, même très bien fait, mais que personne n'écoute et que son auteur ne cherche pas à faire écouter, ne constitue pas à lui seul une séance académique. Et cependant, nous entendions naguère M. le président déclarer que l'Académie était pressée, qu'elle était chargée de besogne. Nous savons aussi que plusieurs confrères ont préparé des communications, qu'ils attendent leur tour de lecture, qu'ils viennent à chaque séance avec leur manuscrit dans une serviette ou leur pièce dans un bocal, et qu'après chaque séance bocal et manuscrit s'en retournent sans avoir paru. Avons-nous tort de dire que le règlement pourrait être modifié; que les rapports seraient moins ennuyeux, autographiés et distribués avant la séance, à l'usage des quelques membres qui par hasard voudraient les lire ou en connaître les conclusions; que l'énumération insipide des journaux parus dans la semaine est une perte de temps que rien ne compense; que le procès-verbal lui-même, dont tout le monde se désintéresse, devrait être communiqué aux académiciens plutôt que lu en séance? N'est-ce pas dans les assemblées savantes qu'il serait opportun de sacrifier *la forme*, autant que possible et dans une juste mesure? Peut-être des usages, qui n'ont rien de si respectable, disparaîtraient-ils à la longue, si l'opinion publique le demandait avec insistance.

Le rapport de M. Bouis a été suivi d'un discours funèbre. Les nobles sentiments exprimés par M. Sappey sur la tombe d'Armand Moreau, son admiration pour le collègue regretté qui « aimait la science pour elle-même », semblaient inviter l'Académie à se recueillir de plus en plus. Le récit de nouvelles expériences sur la vaccination des moutons, par M. Boutet, faisait un bruit vague auquel la savante Compagnie est depuis longtemps accoutumée. Heureusement, un second rapport officiel surgit et change la scène. Comment un semblable travail peut-il dérider les fronts? Ce prodige reconnaît plusieurs causes : 1° le rapport est de M. Bouley; 2° il est très court; 3° il exécute en quelques mots un honorable confrère. Il s'agit d'un mémoire sur la rage; M. Louis Mond, son auteur, fait appel au ministre et lui demande de l'aider à sauver les hommes. Mais le travail ne contient que des idées spéculatives qui échappent à la discussion et se termine par des conclusions dont la lecture excite un rire général. « Renvoyé à Molière », dit une voix. Le rapporteur estime que l'Académie n'a pas d'avis à émettre, et conseille à l'auteur de suivre seul la voie qu'il s'est tracée. M. Bouley a du bonheur; il lui vient toujours quelque aubaine, grandes idées à mettre en lumière, ou petites à plonger dans l'ombre. Il faut dire qu'il excelle dans ces deux genres de travaux.

Nous avions tort de craindre une séance nulle; après M. Bouley, M. Armand Gautier a fait, de sa parole claire et animée, la relation abrégée de recherches encore incomplètes sur le venin des serpents. Cette communication a provoqué les remarques de M. Dujardin-Beaumetz et de M. Colin (d'Alfort), les premières intéressantes, les secondes interminables. — L.-G. R.

# THÉRAPEUTIQUE

## CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DU CORYZA CHRONIQUE SIMPLE,

Par le docteur B. LOEWENBERG.

Le coryza chronique simple est une affection fréquente et généralement fort rebelle aux traitements usuels. Très gênante pour les malades à tout âge, elle pré-

sente même de la gravité dans la première enfance, comme les recherches de Rayer et de Billard l'ont prouvé.

Le coryza chronique simple s'accompagne de tuméfaction de la pituitaire, d'altérations quantitative et qualitative de la sécrétion nasale et de troubles divers. L'odorat s'affaiblit, quelquefois au point d'aboutir à une perte complète ; les sensations gustatives s'émoussent; l'obstruction des fosses nasales s'oppose à la formation de certaines lettres et il y a nasonnement; enfin, dès que le gonflement hypertrophique de la pituitaire atteint un certain degré, l'inspiration ne peut plus se faire d'une façon suffisante par la route nasale, et le malade recourt à la respiration buccale, d'où l'expression un peu niaise due à l'entre-bâillement de la bouche et une action nocive exercée sur le pharynx par l'air qui le frappe directement.

Je n'insisterai pas sur ces phénomènes, les ayant développés en détail dans un mémoire antérieur (1). Le but principal de ce travail est la *thérapeutique* du coryza chronique simple. Mais, avant de l'aborder, je crois utile de parler d'une complication qui se rencontre fréquemment. Il s'agit d'une *malformation spéciale de la cloison*, que j'ai souvent observée, et qui, contribuant à rétrécir l'entrée des fosses nasales, joue un rôle considérable chez les individus atteints de coryza. Ce sont des proéminences coniques, implantées sur la cloison et se dirigeant vers la paroi extérieure du nez. Généralement, ces sortes d'éperons se trouvent au niveau du cornet inférieur. Souvent ils occupent à la fois les deux faces de la cloison. Comme c'est surtout la muqueuse du cornet inférieur qui se trouve hypertrophiée dans le coryza chronique, le bout de ces éperons touche souvent le revêtement du cornet, de façon à intercepter l'entrée des fosses nasales. Ce fait joue un rôle important, d'après mon observation, dans le traitement de la maladie qui m'occupe, et aussi dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache; mais cette dernière particularité sera traitée dans une autre occasion.

*Thérapeutique.* — Comme le développement de la maladie est généralement lent et que, surtout au début, il y a des améliorations passagères, une partie des malades s'y habituent; d'autres, moins résignés, luttent et usent des traitements les plus divers ; souvent les eaux minérales sont employées en bains, en boisson et en applications locales. Je ne nie pas que ces soins puissent soulager un certain nombre de malades. Un traitement général conduit avec intelligence peut certainement agir sur les dispositions diathésiques, qui jouent ici un rôle important. Les applications locales influencent favorablement les anomalies de sécrétion, mais à la condition d'être pratiquées avec beaucoup de prudence. L'expérience m'a démontré que, si les fosses nasales supportent d'une façon surprenante certains traitements héroïques, institués en parfaite connaissance de cause, elles sont, par contre, extrêmement sensibles à certaines pratiques, bien innocentes en apparence et bien banales. Ainsi, l'agent le plus puissant, le galvano-cautère, manié par un opérateur habitué à son usage, exerce une influence des plus bienfaisantes sur la membrane de Schneider, et n'entraîne que peu de réaction, tandis que la douche naso-pharyngienne de Weber, procédé excellent d'ailleurs, peut provoquer des phénomènes d'irritation excessive lorsqu'elle est mal exécutée, quand, par exemple, au lieu d'employer des solutions salines capables de modérer les échanges osmotiques, on se sert de liquides qui les favorisent, tels que l'eau pure.

Il en est de même d'un autre procédé, le *reniflage*. Que de fois n'ai-je pas vu cette pratique suivie de douleurs frontales tenaces, tout simplement parce que l'aspiration violente faisait pénétrer le liquide dans les sinus frontaux !

*Je dois dire, d'après une longue expérience, que la thérapeutique usuelle, si prudente et si judicieuse qu'elle soit, est impuissante à elle seule à faire disparaître le substratum du coryza chronique, l'hypertrophie de la pituitaire et les principaux symptômes de l'affection, qui tous découlent de cette modification de la muqueuse.* Le boursouflement résiste aux soins les plus intelligents et s'accroît même sous

(1) B. Loewenberg. *Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal*, 1878.

l'influence de certaines applications; il ne cède qu'à l'usage du *galvano-cautère*, et ce travail a pour but de faire ressortir les avantages de cet instrument.

Le galvano-cautère, recommandé pour les affections des fosses nasales par MM. Voltolini, Michel, Zaufal, Hedinger, etc., fait disparaître le boursouflement avec rapidité, rétablit la respiration nasale et restitue souvent le sens de l'odorat. Son action produit des résultats définitifs, c'est-à-dire que les bourrelets de la muqueuse disparaissent pour toujours, ce qu'aucune autre méthode de cautérisation ne saurait faire aussi sûrement et aussi facilement. Le cautère galvanique détermine dans la pituitaire hypertrophiée des pertes de substance qui restent béantes comme si on les avait faites à l'emporte-pièce, et les vides ainsi obtenus rétablissent le calibre normal des cavités nasales.

L'application de cet agent si puissant est très peu douloureuse, et la réaction n'atteint qu'un faible degré d'intensité. On peut souvent faire pénétrer le platine incandescent dans la muqueuse qui tapisse les cornets sans que le malade se plaigne et sans qu'une inflammation violente suive cette opération, si osée en apparence. Cela s'accorde avec ce qu'on sait du peu de réaction qui suit les opérations galvanocaustiques en général, et de la cicatrisation rapide qu'elles amènent.

J'ai pu obtenir la disparition définitive de l'obstruction nasale en trois ou quatre séances de la durée de quelques secondes, en me bornant à diminuer l'engorgement du revêtement des cornets inférieur et moyen. Tout dernièrement, j'ai eu à soigner une petite fille de 4 ans qui souffrait depuis longtemps d'un coryza des plus accusés. Les cornets étaient tellement gonflés que toute lumière des fosses nasales avait disparu. Six séances, en ne touchant qu'une seule narine dans chacune d'elles, ont suffi pour dégager les méats inférieur et moyen, et rétablir la respiration par le nez. Bien que douloureuses, ces cautérisations l'étaient pourtant assez peu pour que j'aie pu les continuer jusqu'à la fin sans user de coercition ni insensibiliser la petite malade.

Chez les enfants à la mamelle, le coryza produit des phénomènes graves, parce que, en tétant, ils ne peuvent plus respirer du tout. Je n'hésiterais pas, dans un cas de cette nature, à employer le galvano-cautère, surtout le modèle que je décrirai plus loin, pour diminuer instantanément le gonflement de la muqueuse et rétablir la respiration nasale, la seule que les petits enfants sachent pratiquer.

*Procédé opératoire et instruments.* — L'usage d'un moyen aussi puissant que le galvano-cautère exige certaines précautions, en première ligne celle de localiser strictement son action aux parties sur lesquelles on veut agir. On atteindra ce but en éclairant et en inspectant soigneusement le champ opératoire pendant tout le temps de la cautérisation. Je me sers d'un réflecteur frontal concentrant la lumière d'un bec de gaz et l'envoyant dans la cavité nasale. La narine est dilatée au moyen de l'excellent spéculum de M. Duplay. J'ai seulement apporté à cet instrument la modification suivante : les parois des spéculums ordinaires sont d'une épaisseur inutile et même nuisible, inutile parce que les valves n'ont à supporter qu'une pression insignifiante, nuisible parce que le champ visuel déjà si borné se trouve encore restreint par cette épaisseur; je fais donc exécuter les valves beaucoup plus minces.

Le galvano-cautère doit être coudé à angle obtus, l'ouverture de l'angle regardant en bas. On évite ainsi que la main cache l'entrée de la narine.

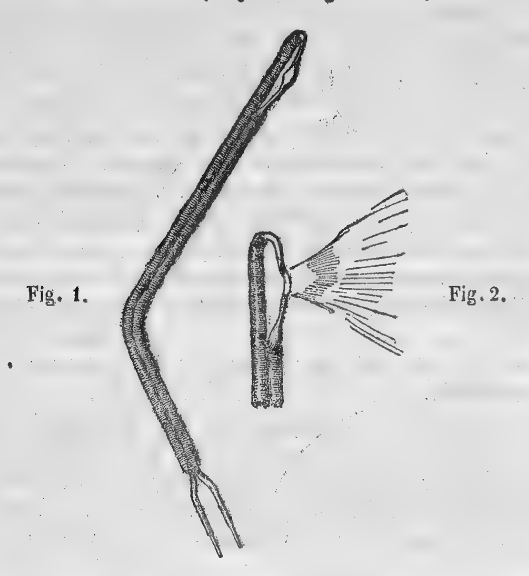
On introduit l'instrument à froid, et on ne fait passer le courant qu'après avoir sûrement appuyé la partie destinée à brûler contre l'endroit à cautériser.

Jusqu'ici les auteurs me semblent avoir négligé un point que je crois extrêmement important, c'est d'éviter d'atteindre la cloison. Celle-ci ne participe, pour ainsi dire, jamais à l'affection, et elle supporte très mal l'action du galvano-cautère. Je suis convaincu que certains accidents rapportés par les auteurs sont dus aux brûlures de cette partie. Comme tous les cautères connus portent la partie destinée à brûler à leur extrémité, il arrive qu'on touche involontairement, par exemple à la

suite d'un mouvement du malade, la cloison ou d'autres parties qu'on n'avait pas l'intention d'atteindre.

Un autre inconvénient des instruments usuels est celui-ci : l'énorme température produite par le courant donne aux cautères une puissance destructive formidable; or, lorsque leurs bouts pointus ou tranchants sont portés à ce degré de chaleur, ils pénètrent dans les tissus avec une rapidité étonnante, et souvent à une profondeur bien plus grande qu'on ne l'aurait voulu.

J'ai cherché le moyen de parer à ces inconvénients, et je pense y être parvenu en modifiant la construction des galvano-cautères nasaux. Voici le principe que j'ai adopté : la partie destinée à devenir incandescente est une plaque proéminente, et non pas une pointe plus ou moins effilée ou aplatie; en outre, et c'est là le point important, elle se trouve placée non plus à l'extrémité du cautère, mais latéralement sur l'une de ses branches. (Voy. les fig. 1 et 2.)




**Galvano-cautère nasal et tonsillaire à action latérale du docteur Loewenberg.**

**Fig. 1.** Grandeur naturelle (modèle pour la narine gauche).

**Fig. 2.** Le bout portant la plaque incandescente, légèrement grossi.

En appliquant la plaque de platine saillante contre l'endroit malade, on évite les inconvénients que je viens d'exposer. Le bout n'étant pas pointu et ne brûlant pas, on ne risque plus de l'enfoncer dans les tissus malgré soi. Quant à la cloison, elle se trouve protégée par celui des fils conducteurs qui ne porte pas la plaque.

On peut opérer aussi en introduisant d'abord la plaque un peu au delà des parties à cautériser, pour faire passer le courant au moment où l'on commence à retirer l'instrument. Ce dernier procédé m'a paru utile chez les malades qui ne se tiennent pas tranquilles, chez les enfants par exemple.

Il est indispensable de posséder deux instruments : l'un, destiné à la narine droite, porte la plaque à gauche; l'autre (fig. 1 et 2), qui sert pour le côté gauche, la porte à droite.

J'emploie le polyscope de M. Trouvé, appareil qui emmagasine l'électricité d'une pile au moyen de la pile secondaire de M. Planté, et la tient prête au moment voulu. Le polyscope, dont on ne saurait trop recommander l'usage, remplace avantageusement les batteries compliquées pour les petites opérations galvano-caustiques, telles que je les pratique journellement dans le nez, l'oreille et le pharynx. M. Trouvé exécute également, sur mes indications, les galvano-cautères spéciaux.

J'emploie ces nouveaux instruments depuis deux ans, et je n'ai eu qu'à me louer de leur usage. Ils me semblent surtout nécessaires dans les cas cités plus haut où

il existe des éperons de la cloison, touchant la muqueuse hypertrophiée des cornets inférieurs. Il était impossible jusqu'ici de ne pas atteindre la cloison dans ces cas, tandis qu'on peut introduire mes cautères de manière à brûler le bourrelet muqueux d'un côté et protéger l'autre avec l'instrument même.

Si quelques auteurs ont vu surgir des complications après l'emploi de la galvano-caustique dans les fosses nasales, cela tient sans doute à l'emploi trop peu modéré de ce moyen puissant, et surtout à ce qu'on n'a pas songé à épargner la cloison. Je n'ai jamais eu, pour ma part, aucun accident à déplorer; j'attribue cet heureux résultat à ce que je n'abandonne jamais les mesures de prudence recommandées plus haut, et à ce que j'emploie des instruments qui permettent d'atteindre les parties malades exclusivement, et sans dépasser en profondeur la muqueuse olfactive.

Il faudrait, d'ailleurs, commettre de véritables imprudences pour que le galvano-cautère amenât des suites fâcheuses, car son usage est suivi, comme nous l'avons dit, d'une très faible réaction. Je suis porté à croire que cette innocuité provient en partie de la haute température (1300°) du platine incandescent, laquelle jouerait le rôle d'un puissant antiseptique au lieu d'application et dans son entourage.

Le galvano-cautère que je viens de décrire peut s'employer aussi avec grand avantage pour diminuer l'*hypertrophie des amygdales*, lorsqu'on ne veut pas recourir aux instruments tranchants, ou qu'il s'agit d'enlever seulement quelques lobes saillants. La protection due à la branche qui ne porte pas la plaque empêche de brûler la luette, le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

Pour conclure, je répéterai que l'emploi du galvano-cautère est le meilleur mode de traitement connu du coryza chronique simple et de certains cas d'hypertrophie des amygdales.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Le jaborandi et la pilocarpine*, par M. Louis Dupré. — Dans sa communication à la Société de médecine de Montpellier, l'auteur, s'appuyant sur quelques observations recueillies dans la clinique de la Faculté de cette ville, conclut que le jaborandi et son principe actif, la pilocarpine, sont utiles dans les maladies où il existe des troubles fonctionnels de la peau, des muqueuses, des séreuses et des glandes. C'est un des moyens les plus actifs dont dispose la thérapeutique; il peut rendre des services incontestables dans le rhumatisme articulaire aigu, les affections catarrhales, les épanchements pleurétiques, les oreillons. L'action de ces médicaments, utile dans les périodes d'état et de déclin des maladies aiguës, est généralement impuissante ou dangereuse pendant la période d'augment. Enfin, ils sont bien supérieurs à l'acétate d'ammoniaque, aux infusions aromatiques pures ou additionnées d'alcool, pour hâter la marche des maladies éruptives ou les stimuler lorsqu'elles languissent.

L'auteur cite un cas de variole dans lequel l'éruption lente et incomplète fut provoquée par le jaborandi et où la guérison fut rapide. De plus, dans les injections sous-cutanées de pilocarpine, on pourrait, contrairement à l'avis de Vulpian qui conseille de ne pas dépasser 1 centigramme, élever sans danger les doses à 2 et même 3 ou 4 centigrammes, en solution dans 3 à 4 grammes d'eau. L'emploi de doses massives est indispensable pour le succès rapide du traitement (*Montpellier médical*, juin 1881, n° 6, p. 499, t. XLVI, 24e année). — Ch. É.

*Diphthérie sans angine. Épidémie de paralysies diphthéritiques*, par le docteur Boissarie. — Parmi les onze cas qui font l'objet de ce mémoire, six se terminèrent par la mort. Tous se sont produits pendant le cours d'une épidémie diphthéritique dans un foyer limité, et tous ont été caractérisés par des paralysies survenant d'emblée, sans angine, sans poussées sur les muqueuses ou la peau ou bien précédant l'angine et persistant après elle. Simultanément on observait dans la ville des angines couenneuses, qui d'ailleurs avaient une marche habituelle. L'intoxication diphthéritique, dès le début, concentrait donc toute son action sur le système nerveux, et ce n'est que vers le déclin qu'on observa des manifestations sur les muqueuses, dans la bouche et les fosses nasales. Cinq des victimes habitaient la même maison et succombèrent toutes; cinq autres demeuraient dans les habitations contiguës; la onzième fut le docteur Boissarie, qui seul résidait hors de ce foyer, mais était en contact fréquent et prolongé avec les malades. La nature diphthéritique de ces faits est incontestable et leur valeur clinique est considérable (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 20 et 21, mai 1881).

Nous venons, mon confrère le docteur Bertholle et moi, d'observer un fait semblable dans lequel la paralysie diphthéritique débuta subitement, précédant les manifestations couenneuses qui apparurent seulement trois jours après sur la muqueuse. Le surlendemain, dans une maison contiguë, un jeune enfant succombait en quelques heures à une laryngite diphthéritique à marche rapide. Il existait donc un foyer analogue à celui dont il est question dans les observations du docteur Boissarie. — Ch. É.

*Explosion d'une balle à feu à l'École de pyrotechnie de Bourges. Effets toxiques dù nitrate de baryte*, par MM. les docteurs Dauvé et Dornier. — Les onze blessés qui ont été atteints plus ou moins grièvement présentaient des symptômes qui n'étaient pas en rapport avec la nature et la gravité des lésions traumatiques. En effet, une balle à feu est constituée par une carcasse métallique contenant un mélange de charbon, de chlorate de potasse et de nitrate de baryte. Les plaies faites par les éclats métalliques n'ont pas été compliquées; leur marche et leur guérison ont été simples. Il en a été autrement des blessures produites par les débris du mélange éclairant et qui furent profondément envahies par la gangrène. De plus, des symptômes généraux graves (fatigue, brisement, paraplégie, nausées et vomissements, alternatives de délire et d'affaissement, dilatation pupillaire) se sont montrés chez les blessés avec une hyperthermie considérable, s'élevant jusqu' à 38°5. Parmi les substances qui entrent dans le mélange détonant, une seule, l'azotate de baryte, pouvait être la cause de l'intoxication, car elle est soluble et vénéneuse.

Le docteur Dornier a entrepris des expériences probantes sur des chiens, soit en plaçant cette substance sous des lambeaux de peau qu'on réunissait ensuite par des points de suture; soit en l'introduisant dans l'estomac, au moyen d'une sonde œsophagienne. La mort survint chez trois chiens avec rapidité; chez tous les quatre on observa des symptômes d'intoxication : nausées, vomissements, coliques, évacuations alvines, dilatation pupillaire, crampes, affaiblissement musculaire, paraplégie et paralysie précédant la mort.

Des conséquences importantes résultent de ces observations et de ces expériences. En effet, il est nécessaire d'extraire avec soin, dans des cas semblables, les débris de matière éclairante, de pratiquer des lavages phéniqués et d'injecter dans les blessures une solution de sulfate de soude, qui a pour effet de transformer en sulfate qui est insoluble, l'azotate de baryte, dont la solubilité est très grande. Enfin, la matière éclairante étant soluble dans l'huile, il y aura avantage à pratiquer les pansements avec l'huile phéniquée, au moins durant les premiers jours.

L'intérêt de ces faits est donc considérable, parce qu'ils prouvent que l'intoxication n'a pas été seulement limitée aux plaies; parce que les expériences physiologiques des auteurs sont les premières qui aient été faites au moyen de l'azotate de baryte; et enfin parce que les mêmes accidents peuvent se produire ailleurs que dans les établissements militaires, le nitrate de baryte entrant dans la composition des pièces fabriquées par les artificiers civils. (*Recueil des mém. de méd. et de chir. militaires*, mars-avril 1881.) — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1881. — Présidence de M. Legouest.

La correspondance non officielle comprend une lettre de remerciements de M. le docteur Louis Penard (de Versailles), récemment élu membre correspondant national.

—

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Armand Moreau, membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Sappey donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Moreau.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

—

M. Jules Rochard présente, au nom de M. le docteur Vautalon, médecin de 1re classe, une brochure intitulée : *Rapport sur la vaccination en Cochinchine pendant l'année* 1880.

—

M. Bouis, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport officiel sur le service des eaux minérales pendant l'année 1880.

M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu mardi prochain, 2 août.

M. Boutet, vétérinaire à Chartres, secrétaire de la commission d'études des maladies charbonneuses dans le département d'Eure-et-Loir, membre correspondant, lit un travail intitulé : *Expériences sur la vaccination préventive du charbon chez les moutons.*

Ces expériences ont été faites par une commission qui s'est réunie le 16 juillet courant, à la ferme de Lambert, commune de Barjonville, près Chartres, où elle avait réuni depuis quelques jours, au milieu d'un pré, 16 moutons récemment achetés dans les environs et 19 moutons du troupeau d'Alfort vaccinés préventivement par M. Pasteur. 35 moutons furent inoculés, au moyen de la seringue de Pravaz, avec du sang d'un mouton mort de charbon depuis moins de douze heures.

Chaque animal fut inoculé, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, avec une dizaine de gouttes de sang charbonneux.

Le lendemain, la commission constata que pas un mouton d'Alfort n'avait succombé, que pas un ne paraissait même indisposé; par contre, 10 moutons du lot beauceron étaient morts et plusieurs étaient tristes et abattus.

5 autres moutons beaucerons, sur 6 qui restaient, moururent les uns dans la journée et les autres le lendemain. Un seul a survécu.

Tous les cadavres présentèrent, à l'autopsie, les lésions caractéristiques du charbon.

Quant aux moutons d'Alfort, ils ont tous continué à se bien porter.

Ainsi, en résumé, 19 moutons qui avaient subi la vaccination préventive ont tous résisté à l'inoculation charbonneuse, tandis que, sur 16 moutons qui n'avaient pas été soumis à cette vaccination préalable, la même inoculation en a tué 15.

La conclusion de la commission est que la vaccination préventive du mouton met complètement la bête à l'abri du charbon.

Reste à savoir combien de temps durera cette immunité; c'est ce que la commission locale d'Eure-et-Loir se propose d'étudier ultérieurement.

—

M. Bouley donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Mond (de Lyon), intitulé : *Du principe de la rage et de ses moyens de guérison.*

—

M. Armand Gautier communique les résultats d'une série d'expériences qu'il a faites sur le venin du cobra qui, injecté à la dose de 1 milligramme dans un quart de centimètre cube d'eau sous la peau d'un petit oiseau, tel qu'un moineau franc ou un pinson, le tue en cinq ou douze minutes. Les symptômes observés sont d'abord de l'étonnement, de la torpeur, du coma, puis une période d'excitation avec mouvements convulsifs et contracture tétanique.

Telle est l'action du venin normal. Si on le soumet à une ébullition prolongée ou, après l'avoir humecté, à une température de 125 degrés durant plusieurs heures, il n'en garde pas moins toute son activité toxique. On ne peut donc pas dire que cette action soit due à la présence d'un ferment, ou à une matière albuminoïde, car la chaleur, dans de telles conditions, coagulerait l'albumine et détruirait tout ferment.

Il s'agit donc d'alcaloïdes et de substances neutres, agissant proportionnellement à leurs doses, et que M. Gautier étudie en ce moment.

Restait à savoir quels pouvaient être les contre-poisons qui neutraliseraient les venins.

M. Gautier en a mélangé successivement une certaine quantité avec du tannin, avec du perchlorure de fer étendu, avec du nitrate d'argent en solution faible, avec des essences diverses, avec de l'ammoniaque, avec du bicarbonate de soude et de potasse. Aucun de ces corps n'a empêché le venin d'amener la mort des animaux auxquels ce mélange a été inoculé. Seules la potasse et la soude caustique ont eu cet effet quand on en mêlait avec les venins une solution telle qu'un litre en peut neutraliser 15 grammes d'acide sulfurique.

M. Gautier a encore constaté que l'acide gastrique mêlé aux venins, loin de les détruire, les rendrait encore plus actifs; bien qu'introduits dans l'estomac des animaux et absorbés par les voies digestives, les venins des serpents ne tuent pas.

M. Gautier revient en terminant sur le fait qui a été l'objet de sa communication dans la dernière séance, la présence dans la salive, mais en très petite quantité, d'un alcaloïde semblable à celui qu'il a isolé du venin du trigonocéphale ou de celui du Naja. Cet alcaloïde produit sur les animaux des phénomènes de stupeur dont ils se réveillent lentement, et qui ressemblent à la première période de l'empoisonnement par le venin du serpent à forte dose, ou à ce qu'on observe quand la dose de ce venin est insuffisante pour amener la mort.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si le venin de serpent peut être absorbé sans danger par les voies digestives, bien que l'acide gastrique en développe encore l'activité. Il rappelle que d'après des expériences récentes certains alcaloïdes sont détruits

par le foie. Le venin du serpent absorbé dans les voies digestives est porté dans le foie par la veine porte et il y perd ses propriétés.

M. Colin a vu des animaux, le hérisson par exemple, manger des vipères sans en être incommodé; lui-même a donné à manger des glandes à venin à des lapins qui ont continué à se bien porter. M. Colin admet que les virus, tels que le virus septicémique et le virus charbonneux se conservent dans l'estomac et les intestins sans être digérés; mais, au bout de quatorze ou quinze heures, ils finissent par être digérés et deviennent inoffensifs.

— L'Académie se réunit en comité secret à quatre heures trois quarts pour entendre la lecture de divers rapports de prix.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Lecture : opération de résection du genou par la méthode antiseptique, guérison. — Rapports : sur une opération d'hystérectomie; — sur la guérison du glaucome par la sclérotomie. — Présentation de malade : désarticulation de la hanche, guérison de la plaie exposée sous la pulvérisation phéniquée.

M. le secrétaire général Horteloup donne lecture d'un travail de M. le docteur Jules Bœckel, membre correspondant à Strasbourg, sur un cas de résection du genou qu'il a pratiquée avec succès, suivant les errements de la méthode antiseptique. L'auteur fait remarquer combien rarement est pratiquée en France cette opération qui en Allemagne, au contraire, se fait couramment.

Les premiers essais faits par M. Bœckel dans cette voie, d'après les errements des anciennes méthodes, n'avaient pas été heureux, et ce n'a pas été sans quelques hésitations qu'il s'est décidé dernièrement à pratiquer une résection du genou, en se conformant, cette fois, aux règles de la chirurgie antiseptique. Le succès a dépassé son attente et le malade a guéri sans accidents dans un temps relativement court.

M. Horteloup a lu ensuite un rapport sur une observation d'opération d'hystérectomie adressée par M. le docteur Beauregard (du Havre). Sauf quelques critiques de détail, M. le rapporteur n'adresse que des éloges à l'opérateur qui s'est tiré avec habileté et sang-froid d'une opération difficile et rendue dramatique par une hémorrhagie des plus graves. La malade, qui avait été réduite au dernier degré du marasme par une tumeur utérine pour laquelle l'hystérectomie a dû être pratiquée, est sortie de l'hôpital parfaitement guérie.

— M. Giraud-Teulon lit un rapport sur une note adressée par M. le docteur Nicati, et relative à un nouveau mode de guérison du glaucome, par la sclérotomie pratiquée dans la région œquatoriale du globe oculaire.

M. le rapporteur ayant rapproché cette opération de celle que M. Léon Le Fort a eu l'occasion de pratiquer il y a quelque temps et qui a consisté dans la simple ponction de la sclérotique à l'aide d'une aiguille à cataracte, M. Léon Le Fort a protesté contre ce rapprochement, disant qu'il n'y avait aucune similitude à établir entre l'opération du docteur Nicati et l'opération simple et absolument sans danger qu'il préconise lui-même.

M. Le Fort a pratiqué cette opération dans trois cas de glaucome aigu, accompagné de cécité à peu près complète, et chaque fois, après une simple ponction de la sclérotique avec une aiguille à cataracte qui a donné issue à une goutte d'humeur aqueuse, le malade a recouvré immédiatement la vue. M. Léon Le Fort préconise cette opération qui donne, suivant lui, les mêmes résultats que l'iridectomie.

M. Giraud-Teulon dit que l'opération de M. Léon Le Fort n'est pas autre chose que la paracentèse oculaire de Hancock. Mais si les heureux effets de cette opération dans le glaucome aigu ne sont pas rares, il arrive assez souvent que les résultats demeurent insuffisants. C'est pourquoi l'opération proposée par M. Nicati lui paraît devoir prendre place dans la pratique de la chirurgie oculaire.

— M. Verneuil présente un malade auquel il a pratiqué, il y a trois mois, la désarticulation de la hanche, et qu'il a guéri rapidement en soumettant la plaie largement ouverte à l'action des pulvérisations d'eau phéniquée.

M. Verneuil donne à ce traitement, pour lequel il manifeste un véritable enthousiasme, le nom significatif de « procédé des cas désespérés. »

Le malade que M. Verneuil présente à ses collègues est un jeune homme qui était venu le trouver, il y a quelques mois, pour une récidive d'ostéosarcome dans le canal médullaire du émur.

Il avait été opéré, la première fois, en province. M. Verneuil a dû, en pratiquant la désarticulation de la hanche, enlever en même temps tous les ganglions de l'aine qui paraissaient suspects de maladie.

Après l'opération, la plaie ouverte a été soumise à l'action des pulvérisations d'eau phéniquée obtenues au moyen de la marmite de M. Lucas-Championnière. Le malade, couché dans son lit, était simplement protégé par un drap contre les atteintes de la vapeur phéniquée. Celle-ci était dirigée pendant deux ou trois heures par jour sur la plaie, qui se détergea avec rapidité; les bourgeons charnus prirent une couleur rosée magnifique, la température fut ramenée de 39° à 37° ou 37°,5, et la cicatrisation se fit sans accident. Depuis trois mois que l'opération a été pratiquée, l'état général s'est considérablement amélioré; le malade, qui était pâle, maigre et faible, a repris du teint, de l'embonpoint et des forces; il se trouve aujourd'hui dans un état des plus satisfaisants.

Les pulvérisations phéniquées ont également donné à M. Verneuil un succès éclatant dans un cas de traumatisme des plus graves. Il fut appelé, il y a environ trois mois, à Compiègne, auprès d'un jeune volontaire qui avait reçu au genou un coup de pied de cheval qui lui avait brisé la rotule et ouvert l'articulation. Le malade était en proie à une fièvre intense, avec une température de 40°. L'articulation était gonflée, tendue, douloureuse. Il fallut ouvrir un abcès profond, pratiquer des débridements, faire le drainage. Ces moyens amenèrent une amélioration, mais les accidents se reproduisirent à diverses reprises et s'amendèrent chaque fois sous l'influence de nouveaux et larges débridements.

Les accidents se renouvelant toujours, et ne sachant comment les conjurer sans recourir à la résection ou à l'amputation du genou, M. Verneuil eut l'idée de soumettre la plaie à l'action des vapeurs phéniquées fournies par la marmite de M. Lucas-Championnière. L'appareil fut installé en permanence auprès du malade et fonctionna jour et nuit, la vapeur antiseptique étant dirigée alternativement pendant plusieurs heures tantôt sur le côté interne, tantôt sur le côté externe de l'articulation.

Sous l'influence de cette médication, un changement à vue s'opéra dans l'état du malade. La douleur cessa comme par enchantement, au bout de quelques heures, la fièvre baissa presque immédiatement, l'appétit revint; la plaie se détergea, le gonflement diminua; bref, après l'extraction de quelques esquilles, la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation, si bien qu'au bout de trois semaines, le malade était hors de danger et pouvait être renvoyé chez lui en convalescence.

Ainsi, l'on peut dire que les pulvérisations phéniquées ont rendu à ce malade un immense service en lui évitant la résection ou l'amputation du genou. M. Verneuil déclare qu'il a été émerveillé à la fois de la simplicité et de l'efficacité de ce mode de traitement.

Plus récemment, enfin, M. Verneuil a eu à traiter un malade atteint d'arthrite purulente du genou consécutive à une ostéite du fémur. Il existait des fusées purulentes remontant jusqu'au grand trochanter. L'état général, comme l'état local, était véritablement lamentable. M. Verneuil dut se décider à pratiquer la résection du genou. Chemin faisant, il fallut ouvrir deux abcès énormes. Il se produisit une hémorrhagie de l'artère nourricière du fémur, et M. Verneuil fut contraint, pour l'arrêter, de faire le tamponnement du canal médullaire. Puis la cavité de l'un des abcès s'étant remplie de sang, il fallut pratiquer un nouveau tamponnement de la poche avec des éponges imbibées d'eau phéniquée à 5 p. 100.

Après l'opération, M. Verneuil fit diriger chaque jour, pendant trois heures le matin et trois heures le soir, des vapeurs phéniquées sur la plaie. Au douzième jour, il essaya de faire la coaptation des lambeaux recouverts de bourgeons charnus du plus bel aspect. Mais il se produisit, le soir même, une hémorrhagie secondaire formidable; le malade perdit au moins 800 grammes de sang, et ce ne fut qu'à grand'peine que l'hémorrhagie fut arrêtée par le tamponnement. Le tampon resta en place pendant deux jours, après lesquels on reprit les pulvérisations qui firent cesser immédiatement les douleurs et la fièvre.

M. Verneuil pense que ce moyen, d'une simplicité et d'une efficacité si remarquable, serait d'une utilité extrême dans les cas d'écrasement du moignon de l'épaule où l'on a fait, après la désarticulation, des tentatives si désastreuses de réunion immédiate.

Dans les brûlures graves et très étendues accompagnées de fièvre traumatique et de douleur vive, l'emploi des pulvérisations phéniquées pendant une, deux ou trois heures chaque jour, ou deux fois par jour, lui paraît devoir rendre les plus grands services, en désinfectant les plaies, en faisant cesser la douleur et la fièvre et hâtant la cicatrisation.

M. Tillaux dit que si M. Verneuil avait fait la torsion des artères, il n'aurait pas eu d'hémorrhagie secondaire, car ces hémorrhagies sont rendues absolument impossibles par ce procédé d'hémostase.

Suivant lui, la réunion immédiate doit être pratiquée, lorsqu'elle est possible. Il a eu le bonheur de guérir en douze jours un malade à qui il avait pratiqué la désarticulation de

l'épaule et fait la réunion immédiate. Le malade se levait dès le sixième jour, et, le douzième jour, pouvait s'en retourner dans son pays.

Dans un cas très grave où l'écrasement de l'épaule n'avait laissé de sain qu'une portion à peine suffisante pour tailler un lambeau externe, M. Tillaux a pratiqué la désarticulation de l'épaule par le procédé à lambeau externe ou de Dupuytren; il a fait la réunion immédiate, et il a eu, cette fois encore, le bonheur de guérir son malade. Ce procédé, auquel M. Tillaux a dû recourir ici par nécessité, devrait être, suivant lui, adopté par les chirurgiens comme procédé de choix dans la désarticulation de l'épaule.

M. Le Dentu est d'avis que, dans les traumatismes graves, toutes les fois que la gangrène est à craindre, il ne faut pas faire la réunion. Il y a lieu, suivant lui, de se défier des gangrènes à distance chez les individus qui ont eu des contusions violentes. D'une manière générale, en présence d'un traumatisme avec gangrène déjà établie et susceptible de s'étendre, il est prudent de ne pas faire la réunion.

M. Gillette estime que la réunion, au moins partielle, donne de bons résultats dans les traumatismes opératoires. Il a fait, il y a quatre ans, une désarticulation de l'épaule à un individu qui avait eu le bras pris et écrasé entre deux wagons. La gangrène s'était déclarée presque immédiatement, elle remontait très haut, jusqu'à l'aisselle ; M. Gillette fit la désarticulation de l'épaule par le procédé à lambeau externe ou de Dupuytren et pratiqua la réunion immédiate partielle du lambeau, avec un large drainage et le pansement à l'alcool. Au bout de trois semaines, le malade était complètement guéri.

M. Verneuil répond qu'il ne faut pas juger la réunion immédiate par quelques cas heureux, mais bien plutôt par l'ensemble des faits tirés de la pratique des chirurgiens. Or, qui pourrait nier les effets désastreux de la réunion immédiate dans l'immense majorité des traumatismes? Ils ont été si évidents que presque tous les maîtres de la chirurgie contemporaine avaient fini par abandonner cette méthode. Suivant lui, la réunion immédiate augmente de beaucoup les chances de mort, et ses collègues qui l'ont pratiquée dans les cas dont ils viennent de parler peuvent se vanter d'avoir été beaucoup plus heureux que sages. Sans doute, aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, la réunion immédiate est devenue beaucoup moins dangereuse, mais ses partisans, qui ont le grand tort de vouloir l'employer dans tous les cas, feront bien de s'en défier lorsqu'ils auront affaire à des alcooliques, à des diabétiques ou à des malades atteints d'affections rénales ou dans l'état puerpéral. Sans doute la réunion immédiate convient dans un certain nombre de cas, dans les opérations d'anaplastie, par exemple, où elle est de règle, mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut tenir et vouloir l'appliquer indifféremment à tous les traumatismes. Il est des cas où elle est obligatoire, comme dans les opérations d'anaplastie; mais il en est d'autres où elle est purement facultative, et c'est aux partisans intelligents de la méthode qu'il appartient de choisir les cas où elle peut réellement être utile.

Dr A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

---

Addition à la séance du 13 juillet 1881.

M. Gillette fait une communication relative à une observation de kyste huileux de la région auriculo-mastoïdienne gauche.

En 1877, M. Verneuil nous signalait trois faits de *kystes prélacrymaux* à contenu huileux. MM. Le Dentu et Perrin en avaient également observé de semblables. L'année suivante (séance du 3 avril 1878), le docteur A. Malherbe, de Nantes, nous adressait une observation complète et fort intéressante de *kyste du cou à contenu huileux.* Je viens aujourd'hui vous faire part d'un nouvel exemple de kyste de cette nature que j'ai rencontré au niveau du sillon auriculo-mastoïdien gauche.

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans qui s'est présentée à ma consultation de Bicêtre le 11 juillet de cette année. Elle portait dans la gouttière auriculo-mastoïdienne gauche, et remplissant toute cette gouttière, une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, faisant une saillie très régulière et un peu en demi-lune; la peau était très amincie à sa surface, parcourue par quelques veinules dilatées et laissait voir du reste, à la lumière solaire, la transparence parfaite du contenu liquide de la masse.

La fluctuation était aussi manifeste que possible : aucune douleur, aucun empâtement, aucun changement anatomique des tissus recouvrant la poche et des parties voisines. Je crus avoir affaire à un kyste séreux simple analogue à celui, de plus petit volume, que j'avais enlevé quelques jours auparavant sur l'hélix de l'oreille droite d'un aveugle de Bicêtre.

La ponction pratiquée avec le trocart (grosseur moyenne) de la seringue aspiratrice donna

issue à 20 grammes environ d'un liquide légèrement jaunâtre ayant tous les caractères extérieurs de l'*huile d'olives* : ni visqueux, ni gluant, il graissait les doigts et le papier; fluide au moment de sa sortie, il perdit bientôt sa transparence et, se figeant, offrit alors une certaine ressemblance avec l'huile de palme ou avec la *brillantine* des coiffeurs. Cette *prise en masse* du liquide, analogue à la congélation de l'huile pendant l'hiver, s'expliquerait, jusqu'à un certain point, par le passage de ce liquide, ayant la température du corps, dans l'air ambiant qui est relativement plus froid.

L'*examen histologique*, que j'ai pratiqué séance tenante, ne m'a démontré aucun élément anatomique dans ce liquide; cristaux de cholestérine et de margarine. L'analyse chimique en sera faite complètement et vous sera communiquée.

Huit jours après, je revoyais la malade, et le liquide ne s'était pas reproduit; j'avais pris la précaution d'exercer une compression assez forte à l'aide d'ouate et de bandes; ce n'est pas à dire que je ne me trouve obligé bientôt à intervenir d'une façon plus radicale, soit en faisant une injection d'alcool, comme le veut le docteur Malherbe, soit en drainant, soit en pratiquant l'extirpation de la poche.

J'ajouterai en terminant qu'il y a de grandes probabilités pour que le kyste en question soit congénital, car cette femme en fait remonter l'origine à quinze ou vingt ans, sans donner aucune date précise à ce sujet. Cette origine du reste existe, à n'en pas douter, tout au moins dans les kystes prélacrymaux, et j'élimine enfin, pour le fait que je vous ai relaté, toute influence traumatique.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 14 au 21 juillet 1881.— Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,480. — Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 29.— Rougeole, 44.— Scarlatine, 36. — Coqueluche, 17. — Diphthérie, croup, 49. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 10. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 69. — Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 96. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchites aiguës, 27. — Pneumonie, 57. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 196; au sein et mixte, 108; inconnu, 10. Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 158 ; circulatoire, 62; respiratoire, 54 ; digestif, 58 ; génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulat. et muscles, 8. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 57. — Causes non classées, 13.

Conclusions de la 29e semaine. — Que nos lecteurs ne se laissent pas surprendre par le nombre insolite de 1,480 décès indiqué par le présent bulletin hebdomadaire : c'est une semaine de huit jours; il y a donc un huitième à en retrancher (185) et à reporter à la semaine précédente, qui était de 6 jours seulement; il reste encore ainsi le nombre élevé de 1,295 décès, auquel il faut ajouter 27 décès du IVe arrondissement, qui nous a remis son relevé trop tardivement, et de 25 à 30 décès pour la contribution du XIVe qui ne nous l'a pas remis du tout ! Déjà la semaine précédente des retards de même ordre nous avaient empêché de recevoir en temps utile les documents de la XIIe mairie. Ce sont là des négligences bien préjudiciables à cette publication. Puisque la Ville en fait la dépense, il faut qu'elle soit fructueuse, et, pour cela, que chacun y concoure *régulièrement* dans la mesure de ses obligations. Nous appelons sur ce sujet l'attention de MM. les Secrétaires des mairies, dont nous savons d'ailleurs le bon vouloir. Quoi qu'il en soit, si, pour échapper autant que possible à ces irrégularités, nous prenons ensemble les deux dernières semaines, nous avons 1,169 décès au moins pour la moyenne de ces deux semaines, au lieu de 900 à 1,000, taux moyen de notre tribut hebdomadaire. Ce surcroît est manifestement dû aux chaleurs accablantes que nous avons eu à supporter et qui, par exemple, ont quadruplé ou quintuplé les décès par Athrepsie enfantine (312 décès au lieu de 60 à 80).

C'est pourquoi on remarque (autant que les négligences signalées permettent de le faire) que c'est surtout pendant cette dernière semaine (29e) que la mortalité a été considérable : *environ* 1,065 décès dans la 28e semaine et 1,330 dans la 29e (corrections faites). C'est que si, pendant la 28e semaine, les organismes ont souffert, pendant la 29e, les plus fatigués ont succombé ; et très vraisemblablement la semaine prochaine sera encore surchargée. C'est là une règle très générale : les influences climatériques sont toujours assez longues à se faire sentir, et lorsque leur présence n'est pas trop prolongée, ce n'est qu'à la fin de leur durée, et même souvent au delà, que leur action délétère se marque et se mesure par un excès de décès.

Si, outre ces faits d'ensemble, nous cherchons à nous rendre compte de quelques maladies

en particulier, nous croyons pouvoir dire que la Rougeole et la Scarlatine ont été les causes de mort les plus aggravées en cette dernière semaine.

Nous signalons aux administrations compétentes plusieurs centres épidémiques nettement accusés : par exemple le quartier des *Archives*, de *Clignancourt*, etc., pour la Rougeole ; les XI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ arrondissements pour la Scarlatine, faits qui doivent être pris d'autant plus en considération que les fortes températures de ce mois paraissent augmenter les dangers de ces fièvres éruptives ordinairement bénignes. — De plus la Diphthérie, toujours aussi meurtrière, nous est particulièrement signalée (comme invasion) dans les quartiers *Saint-Georges*, du *faubourg du Roule*, mais surtout *Saint-Gervais*, où il y a eu à la fois le plus de décès et le plus de cas d'invasion. Cependant ce sont surtout les nourrissons, et aussi les enfants de 0 à 5 ans, qui sont fatigués et frappés par ces chaleurs exceptionnelles ; c'est sur eux que doivent porter tous les efforts de l'hygiène familiale.

D^r^ BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA CONGESTION PULMONAIRE. — DUJARDIN-BEAUMETZ.

Les affections mitrales s'accompagnent souvent de congestions passives des poumons, qui se traduisent par de la gêne de la respiration, des râles sibilants, une toux opiniâtre, une expectoration plus ou moins abondante, et quelquefois de l'hémoptysie. L'auteur conseille contre ces symptômes, les ventouses sèches sur le thorax, les vésicatoires plus ou moins étendus sur la poitrine, et à l'intérieur, l'aconit et les balsamiques, tels que les bourgeons de sapin, la térébenthine et le tolu. Il ne prescrit point l'alcoolature de feuilles d'aconit des pharmacies, qui est une préparation infidèle, mais l'alcoolature de racines d'aconit des Vosges, qu'il donne à la dose de dix gouttes par vingt-quatre heures, une goutte d'heure en heure, pendant le jour. — Le kermès qu'on vante outre mesure comme expectorant, lors même qu'il est administré à faibles doses, fatigue quelquefois l'estomac et provoque de la diarrhée, sans déterminer d'effets favorables du côté du poumon. — Lorsque la congestion pulmonaire est très intense, avec menace de mort prochaine par asphyxie, on pratique la saignée, et on obtient un soulagement prononcé, mais qui ne dure pas.

## COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour le *clinicat ophthalmologique* de la Faculté vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Bellouard, comme chef de clinique titulaire.

Sont nommés *aides d'anatomie titulaires* à la Faculté, pour trois ans, à partir du 1^er^ octobre 1881 : MM. Barette, Walther, Verchère, de la Personne, Leclerc, Pousson, Berne, Guinard.

Sont nommés *aides d'anatomie provisoires* pour un an, à partir du 1^er^ octobre 1881 : MM. Chaput, Clado, Tuffier, Damalis.

COURS D'OSTÉOLOGIE. — Un cours d'ostéologie s'ouvrira sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, le 12 octobre prochain, à l'École pratique. — MM. les étudiants qui ont subi en juillet 1881 le premier examen de doctorat (nouveau mode) sont invités à se faire inscrire avant le 1^er^ août prochain, au bureau du chef du matériel de l'École pratique.

LA CRIOCÈRE DES ASPERGES. — Pour délivrer les asperges des ravages des criocères, on arrose les asperges avec de l'eau dans laquelle on a introduit du chlorhydrate d'aniline, à la minime dose de 500 grammes par hectolitre. Le chlorhydrate d'aniline se vend à des prix peu élevés chez les droguistes.



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C^e^, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

## CLINIQUE INTERNE

### ARTÉRITE GÉNÉRALISÉE; FAITS CLINIQUES; LÉSIONS ARTÉRIELLES ET VISCÉRALES; DÉSORDRES FONCTIONNELS, ÉVOLUTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Leçons faites à l'hôpital de la Pitié, le 7 novembre 1879, par le docteur E. LANGEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

Recueillies par M. Armand DELPEUCH, interne des hôpitaux (1).

Voici maintenant deux autres faits d'aortite généralisée qui ont récemment passé sous vos yeux, et qui, rapprochés du précédent, nous permettront de mieux établir l'histoire de cette maladie.

H. L..., âgée de 67 ans, journalière, est admise le 18 octobre 1879, salle Sainte-Geneviève, n° 12. C'est une femme sans enfants et qui prétend n'avoir pas eu de maladies sérieuses. Toutefois, depuis de longues années elle souffre d'une oppression continuelle qui lui rend la marche et surtout l'ascension très pénibles. Huit jours avant son entrée, elle a été prise, à la suite d'un refroidissement, de fièvre avec perte complète de l'appétit et gêne de la respiration.

Le lendemain de son admission à l'hôpital, cette malade a la face bouffie, les veines jugulaires gonflées, les pommettes couvertes d'arborisations vasculaires; elle présente en outre sur la commissure gauche des lèvres, quelques vésicules d'herpès, et une fièvre intense. Souffle léger à la partie moyenne du poumon droit, absence de frémissements à la région précordiale, mais à l'auscultation du cœur, on constate un double souffle, qui a son maximum d'intensité à la base et se propage jusque dans l'aorte et les vaisseaux du cou. Les urines sont peu abondantes (demi-litre), mais limpides (1012); elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le foie ne déborde pas; toutefois, il est un peu douloureux à la percussion.

20 octobre. Ventouses sèches; thé au rhum. Eau rougie; potion de Todd; extrait théb., 0,05 centigr.

23. Même état. L'oppression persiste, agitation la nuit. Ni toux, ni expectoration; le souffle est toujours perçu à la région moyenne du poumon droit; la température

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juillet.

## FEUILLETON

### CAUSERIES

En passant en revue les professeurs de clinique de l'époque, j'en ai oublié un, mais il a fait si peu de bruit dans le monde que je suis presque excusable de ce défaut de mémoire. Je veux parler de Bougon, à qui, et par suite de l'évènement tragique inutile à rappeler, on octroya la chaire de clinique chirurgicale enlevée à Antoine Dubois à l'hôpital Saint-Côme. Bougon, à qui cette élévation subite et bien imprévue ne fit pas perdre la tête, eut le bon sens et la modestie de s'adjoindre comme chef de clinique un jeune agrégé pour qui se préparaient les plus brillantes destinées, je veux dire Velpeau, qui parlait et surtout opérait pour son chef de service. La proximité de cette clinique et le talent du jeune professeur attiraient la foule à Saint-Côme au point d'en rendre Lisfranc jaloux, et c'est là, et à cause de cela, que naquit l'animosité profonde entre ces deux chirurgiens, et qui ne s'éteignit qu'avec leur vie. Il faut dire que Velpeau ne faisait que rire des injures du chirurgien de la Pitié, qui croyait être très méchant et très spirituel en transformant le nom de son jeune émule en celui de *Vieillepeau.*

***

Je ne sais si la famille d'Adelon a trouvé et conservé le cahier de notes à l'aide duquel il faisait son cours de médecine légale. Il serait fâcheux que ce cahier fût perdu; il est regrettable, s'il existe, qu'il n'ait pas été publié. D'après l'opinion commune, jamais cette partie de

est à 40°. Quantité d'urine : un demi-litre. Le 24, l'agitation continue et la mort a lieu, le 25 octobre, dans le coma.

*Autopsie.* — Le cœur droit est normal; le cœur gauche est hypertrophié, ses parois ont une épaisseur de 2 centimètres ; le tissu musculaire est jaune, stéatosé; les artères coronaires sont rétrécies. Les valvules sigmoïdes sont un peu épaissies et surtout rétractées; aussi l'eau versée dans l'aorte s'écoule par la pointe sectionnée du cœur.

L'aorte, altérée dans toute son étendue, est uniformément dilatée; elle mesure dans sa portion thoracique 8 centimètres de circonférence; sa surface interne offre peu de saillies mamelonnées, mais elle est inégale, dépolie, érodée et comme réticulée. Les artères iliaques dilatées, ont leurs parois épaissies; les rénales sont rigides et restent béantes à la coupe.

Les reins présentent à leur surface des dépressions notables; ils sont petits, pèsent l'un 90 et l'autre 95 grammes; l'atrophie porte sur la substance corticale. Le foie est congestionné, la rate indurée.

Les os du crâne sont épaissis, comme sclérosés; les méninges de la convexité sont opalescentes; le tronc basilaire est élargi; les sylviennes sont à leur surface interne semées de plaques jaunes; la substance nerveuse est très pâle.

Les poumons sont emphysémateux, le droit présente quelques adhérences et laisse voir, à la partie inférieure du lobe supérieur, un noyau circonscrit d'hépatisation grise d'environ 5 à 6 centimètres de diamètre.

Les deux genoux, mais surtout celui de gauche, ont leurs cartilages érodés et circonscrits, pour ce qui est de la rotule et des condyles fémoraux, par un rebord osseux de nouvelle formation.

Nous rencontrons chez cette malade les différentes lésions de l'artérite généralisée; mais ces lésions étaient ici plus étendues que profondes et elles n'ont pas été, au moins directement, la cause de la mort, l'accident ultime ayant été une pneumonie. Ce n'est point à dire cependant que l'artérite et les troubles viscéraux qu'elle avait entraînés n'aient joué aucun rôle dans la terminaison fatale, car évidemment c'est d'elle que la pneumonie a tiré ses allures insidieuses et sa gravité.

C. H..., âgé de 72 ans, peintre en bâtiments, entré le 27 septembre 1879, salle Sainte-Marthe, n° 21, ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents

---

la science que l'on désigne sous les noms de *Médecine publique*, de *Médecine administrative*, de *Police médicale*, etc., n'a été professée dans la Faculté de Paris plus complètement et avec plus de profit pour les élèves. Mais, hélas! les élèves étaient rares aux leçons d'Adelon. Sa voix, voilée, ne dépassait pas les premiers gradins de l'amphithéâtre, et sa diction un peu confuse n'était pas attirante. Adelon avait abandonné à Orfila la toxicologie proprement dite; il n'entrait qu'avec discrétion dans le domaine de la médecine légale chirurgicale; il ne se sentait à l'aise que dans les règlements qu'il possédait à fond, et qu'il commentait avec science et autorité.

Adelon était d'une stature élevée, mais pleine de distinction. Sa physionomie fine contrastait avec la physionomie maussade de son maître et compatriote, Chaussier, dont la tenue négligée mettait en relief le *decenti ornatu* de son élève. Adelon était un causeur aimable et abondant, d'une éducation parfaite et dont le commerce était fort recherché. Si quelques malicieux le désignaient sous la dénomination de « docteur Règlement », l'opinion générale le plaçait au nombre des médecins gentilshommes, à côté des Landau-Beauvais, des Double, des Bourdois de la Mothe, des Nacquart, de quelques autres encore, confrères remarquables par l'aménité des formes et la distinction des manières.

Dans ses leçons comme dans ses discours académiques, Adelon s'est toujours montré le défenseur énergique des droits et des devoirs des médecins, ainsi que de la dignité médicale. Il fallait entendre ses objurgations indignées contre les inventeurs de remèdes secrets. Lorsque l'Académie fut consultée sur un projet de loi organique de la médecine, Adelon remplit un rôle considérable dans cette discussion qui ne manqua ni d'élévation ni d'éclat. On se souvient encore du discours qu'il prononça, dans cette discussion, contre la proposition de confier au même individu l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Malheureusement Adelon ne

morbides ni même sur le début de sa maladie actuelle. Les personnes qui l'ont apporté à l'hôpital disent qu'il est paralysé du bras droit depuis dix-huit mois, que cette paralysie est survenue lentement et n'est devenue complète qu'après plusieurs mois.

Actuellement, H... est gâteux, toujours couché sur le dos, incapable de s'asseoir, ayant les muscles du dos et de la nuque contracturés. Le bras droit est également contracturé, l'avant-bras fléchi à angle aigu, la main placée sur l'épaule gauche, comme si on avait appliqué un appareil de Velpeau pour une fracture de la clavicule. La jambe droite est plus faible que la gauche, sans être entièrement paralysée. La sensibilité, conservée des deux côtés, est peut-être même exagérée.

Le facies du malade appelle l'attention : sa bouche béante, sa physionomie calme expriment l'étonnement; par moments, la béatitude ou l'extase. Cette modification de la physionomie fait penser à une lésion de la protubérance. Les pupilles sont resserrées, mais égales.

Les facultés intellectuelles sont très affaiblies, la mémoire en particulier. Cependant on parvient à obtenir quelques réponses faites d'une voix lente et faible. La vision paraît diminuée dans les deux moitiés externes des yeux (hémiopie), mais la difficulté de mouvoir le malade empêche l'examen à l'ophthalmoscope. (Iodure de potassium, 3 grammes.)

Cet état persistait sans changement depuis l'entrée, quand, le 23 octobre au soir, à la suite de l'ingestion de quelques grappes de raisin, le malade tomba subitement dans le coma. Au moment de la visite du 24, il râlait, avait le corps couvert de sueurs; tous les membres, même le bras contracturé, étaient dans une résolution complète. Mort dans la journée.

*Autopsie* (quarante heures environ après la mort). — Le crâne est sclérosé, épaissi. La dure-mère, très injectée, adhère aux méninges sous-jacentes au niveau du bord supérieur des hémisphères. Le liquide céphalo-rachidien est très abondant. Les deux nerfs optiques, dans leur portion crânienne, sont aplatis, un peu jaunâtres et parcourus par de nombreux vaisseaux dilatés.

Le tronc basilaire, les artères cérébrales postérieures offrent une coloration jaunâtre, un épaississement notable de leurs parois, avec diminution de leur calibre. Les sylviennes présentent des lésions analogues : à gauche, l'épaisseur de la paroi a déterminé un rétrécissement au niveau duquel s'est déposée de la fibrine, en sorte

---

réussit pas à faire insérer dans la loi un article prohibitif. On est même étonné que, sous le régime de cette loi qui nous régit depuis quatre-vingts ans, on n'ait pas eu à signaler plus d'inconvénients, plus d'abus, plus de malheurs qu'il ne s'en est produit par cette promiscuité immorale du médecin et du pharmacien.

Adelon n'a rien écrit ou du moins ne paraît avoir rien laissé sur la médecine légale. Mais, en revanche, il a publié un énorme traité de physiologie en 4 gros volumes, qui a eu deux éditions, on peut même dire trois éditions. La première se composa de tous les articles relatifs à la physiologie et qui furent publiés dans le *Dictionnaire en* 60 *volumes.* De ces articles colligés et soudés, Adelon fit la première édition en 4 volumes, dont le succès nécessita quelques années après une deuxième édition, et cela au plus fort de la vogue qu'obtenaient les *Éléments de physiologie de Richerand.* Voilà des ouvrages dont on ne peut dire certainement avec le poëte : *Multa renascentur quæ jam cecidere.* Non, ils sont morts et bien morts, jusqu'à ce que meure, hélas! aussi à son tour le beau *Traité de physiologie de Béclard,* dont les éditions cependant se succèdent avec une rapidité bien glorieuse.

Adelon était très honoré, très estimé au Palais, où il était rare que ses lumières et son expérience ne fussent pas consultés dans les affaires importantes. Il lui est souvent arrivé de n'être pas d'accord avec d'autres confrères appelés comme experts. Eh bien, jamais aucun de ses confrères n'a eu à se plaindre des rapports d'Adelon qui étaient toujours exprimés ou écrits avec une bienveillance confraternelle et une parfaite courtoisie.

Adelon était le gendre de Sabatier. Il a laissé deux filles, dont l'une est mariée avec notre si honorable confrère M. H. Bourdon, et l'autre est devenue la femme d'une de nos illustrations littéraires, M. Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française.

* * *

que le calibre du vaisseau est presque complètement oblitéré. A droite, l'artère est dilatée à son origine, mais, un centimètre plus loin, elle se rétrécit au point de n'admettre qu'un très fin stylet. Ni à droite, ni à gauche, les sylviennes ne communiquent avec les cérébrales postérieures; en sorte que, chez ce sujet, le cercle de Willis n'existe pas.

Les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes et la première frontale de l'hémisphère gauche sont superficiellement ramollies dans une partie de leur étendue. La troisième frontale est intacte (il n'existait pas d'aphasie); des lacunes multiples existent dans le corps strié. L'hémisphère droit n'offre à noter qu'un ramollissement peu étendu et peu profond au niveau de la corne sphénoïdale.

La protubérance est aplatie et, à l'aide de coupes successives, on constate la présence, dans son épaisseur, d'un foyer hémorrhagique, de forme allongée, disposé d'avant en arrière, ayant 4 centimètres de longueur et 1 centimètre d'épaisseur, se terminant en pointe à sa partie postérieure et inférieure. Ce caillot est ancien, décoloré à sa partie centrale, noir à sa circonférence. La substance nerveuse voisine paraît saine.

Il existe une symphyse cardiaque complète, et sur la face antérieure du ventricule gauche on constate l'existence d'une bourse séreuse d'une étendue de 6 centimètres environ. Cette bourse ne contient aucun liquide; ses parois, très dures, frottent l'une sur l'autre par l'intermédiaire de deux plaques calcaires semblables à des surfaces articulaires. Le ventricule gauche est hypertrophié; ses parois présentent 2 centimètres 1/2 d'épaisseur à la base. Il existe un léger degré de myocardite. La valvule mitrale est parsemée de quelques plaques graisseuses, mais elle est souple et suffisante. On constate, au contraire, une insuffisance aortique tenant à la rétraction des valvules sigmoïdes.

L'aorte élargie présente une circonférence de 7 centimètres dans sa portion thoracique; sa paroi, sensiblement épaissie, est recouverte intérieurement de saillies jaunes peu considérables. Les lésions sont plus avancées dans la région abdominale où l'on voit plusieurs foyers athéromateux, ulcérés. Les artères iliaques sont épaissies et rigides; toutes celles qui naissent de l'aorte abdominale sont altérées. Les poumons sont adhérents des deux côtés aux parois thoraciques, mais ils ne présentent aucune lésion spéciale. L'estomac offre plusieurs cicatrices d'ulcères anciens au niveau de sa petite courbure. Le foie est de consistance molle, d'apparence graisseuse. La rate, petite et indurée, est couverte de plaques fibreuses.

---

Si, dans ces humbles lignes, j'avais eu la prétention d'écrire les biographies des professeurs de la Faculté de Paris en 1826, il n'en est pas que j'eusse écrite avec plus de plaisir, et qui, je crois, eût inspiré plus d'intérêt que la biographie du docteur Desormeaux, mort professeur d'accouchements, au milieu d'une brillante carrière incidentée et accidentée par de tristes et malheureux impédiments, terminée par une mort soudaine et couronnée par tout ce que donne, au moment suprême, le témoignage d'une conscience sans peur et sans reproche.

Desormeaux succéda à Baudelocque, dont la réputation obstétricale n'a peut-être jamais eu d'égale à Paris ou ailleurs.

Et, circonstance bien honorable pour sa gloire, Desormeaux obtint cette chaire au concours, où sept concurrents d'un grand mérite se disputèrent cette partie de la succession de Baudelocque.

Voici dans quels termes l'éloquent professeur Percy rendit compte de ce concours, dans un discours qui fut fort applaudi :

« Au signe donné, dit l'éloquent orateur, sept candidats sont descendus dans l'arène, où tantôt seuls, par des réponses écrites à des questions tirées au sort et par des leçons orales sur des sujets échus par la même voie; tantôt corps à corps, par des attaques mutuelles et des objections réciproques; tantôt enfin, par des exercices pratiques et des manœuvres obligées, ils ont, l'un après l'autre, pendant près d'un mois, disputé de savoir, d'habileté et d'adresse, devant un jury imposant et en présence d'un auditoire nombreux, attentif à l'issue du combat.

« La solennité et l'appareil de ces doctes jeux, l'importance de la récompense réservée au vainqueur; la réputation diverse des concurrents, l'alternative des succès et des défaites, la

Les artères rénales sont rétrécies et en partie calcifiées. Les deux reins présentent une altération analogue; ils sont petits, inégaux, parsemés de kystes à leur surface, et pèsent l'un 79 grammes, l'autre 85. La substance corticale très atrophiée n'a que 1 ou 2 millimètres d'épaisseur. Symphyse de la tunique vaginale à droite; testicule un peu atrophié. Les deux genoux sont atteints d'arthrite sèche; la synoviale est injectée; les condyles sont élargis et présentent chacun un rebord osseux périarticulaire.

Le malade auquel se rapporte cette observation avait de la tendance à pleurer et à sangloter, ce qui lui donnait un facies spécial et nous conduisit à soupçonner l'existence d'une lésion protubérantielle; c'est qu'en effet nous avons plusieurs fois constaté cette lésion dans des cas d'artérite généralisée se révélant par des manifestations semblables, comme par exemple dans ce fait que vous me permettrez encore de vous rapporter :

M. W..., âgée de 43 ans, se plaint, depuis plusieurs mois, d'une céphalalgie et d'une faiblesse des jambes dont elle fait remonter l'origine à une chute, et qui ne sont peut-être que l'effet des vertiges auxquels elle est sujette. De plus, elle accuse un grand affaiblissement de la vue.

Hémiplégie de tout le côté droit (y compris la face); les muscles du bras et de l'avant-bras sont contracturés; il existe de l'anesthésie du même côté, excepté à la face. Les deux pupilles sont dilatées, la gauche plus que la droite.

Parésie vésicale et rectale; eschares au sacrum ; ecthyma sur les cuisses.

La malade a une grande tendance aux pleurs; un interrogatoire trop prolongé la fait sangloter; de plus, et indépendamment de la légère déviation de la bouche due à la paralysie, sa figure est grimaçante.

*Autopsie*, 7 janvier 1879. — Les reins, qui pèsent 100 grammes chacun, présentent l'un et l'autre les lésions de la néphrite atrophique.

Le cœur est hypertrophié. L'aorte, les artères iliaques et fémorales ont leurs parois épaissies par places et sont dilatées; il en est de même des cérébrales et principalement du tronc basilaire et des sylviennes.

Dans la moitié gauche et dans l'étage inférieur de la protubérance, il existe trois ou quatre lacunes de la dimension d'un grain de millet ou de la moitié d'une lentille. Les hémisphères sont sains, à part quelques lacunes à la base des circonvolutions,

---

persévérance des efforts : tout, dans ce premier essai d'une formalité nouvelle, a inspiré le plus vif intérêt, et fourni pour l'avenir les exemples les plus utiles.

« ..... C'est le 20 septembre, après l'accomplissement le plus entier et le plus scrupuleux de tous les articles des statuts et des règlements, que le jugement a été prononcé et proclamé.

« Tel jadis, dans un tournoi fameux, on vit un poursuivant d'armes, jeune et inconnu, se faire modestement ouvrir la barrière, essayer avec prudence sa valeur, et arracher ensuite la victoire aux anciens chevaliers, qui avaient semblé dédaigner sa jeunesse et son inexpérience; tel nous avons vu un concurrent, le moins âgé de tous, et jusque là le plus négligé par la renommée, se mêler, timide et circonspect, parmi des adversaires aguerris par l'usage et par les années; n'être d'abord à leurs yeux qu'un athlète novice cherchant à s'exercer; puis gagner chaque jour sur eux du terrain et finir par leur enlever la palme et les suffrages : c'est ainsi que M. Desormeaux a succédé au plus savant et au plus habile homme qu'ait jamais eu l'art obstétrique. »

Et c'est ainsi, ajouterait aujourd'hui le célèbre chirurgien, s'il existait encore, que le plus savant et le plus habile homme qu'ait jamais eu l'art obstétrique, a été remplacé par un homme qui le surpassait en science et l'égalait en habileté.

Desormeaux était fils et petit-fils d'accoucheurs très répandus. Son père, membre de la célèbre Société royale de chirurgie, faisait des cours particuliers d'accouchements où les élèves et même des médecins se rendaient en foule. Desormeaux lui-même suivit l'exemple de son père et obtint d'abord le même succès à l'aide d'un pieux mensonge, par lequel il fit croire à son auditoire qu'il ne faisait que continuer le cours interrompu par la mort de son père dont il avait retrouvé les leçons écrites. Mais, quelques mois après, son

et dans la substance grise des corps striés, ce qui donne par places, à cette dernière, l'apparence d'un crible. Les articulations ne sont pas examinées.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur les désordres symptomatiques et les lésions anatomiques constatées chez les malades dont nous venons de rapporter l'histoire, nous sommes frappés tout à la fois de leur multiplicité et de leur diversité. L'albuminurie et la dyspnée excessive dont se plaignait notre premier malade, ne se rencontrent pas chez les deux derniers; ceux-ci, au contraire, présentent des troubles cérébraux qui n'existaient pas chez le premier. On pourrait se croire tout d'abord en présence de maladies diverses, mais un examen un peu attentif nous apprend bientôt qu'un lien commun, l'altération de l'aorte, réunit tous ces désordres, et cette altération, qui est, en quelque sorte, le fil conducteur, doit guider le médecin dans le dédale des nombreuses affections résultant de l'artérite généralisée.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS ;

Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 23 juin 1881 (1),

Par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Cinquième série

Injections tous les jours de 3 milligrammes de sublimé (trois-quarts de seringue de Pravaz).

OBS. XXVII. — Eugénie P..., mécanicienne, 19 ans. Entrée le 7 juin 1881, salle Saint-Alexis.

*Examen.* — Sur les grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux, au pourtour de l'anus, syphilides papulo-hypertrophiques. Polyadénite inguinale. Syphilides érosives de la face interne des petites lèvres. Uréthro-vaginite blennorrhagique. Syphilides papuleuses du vagin et du col utérin. Syphilides érythémateuses et papuleuses du tronc et des membres. Syphilides érosives de la langue, de la luette, et des amygdales. Adénite sous-maxillaire.

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 23, 24 et 26 juillet.

auditoire savait à quoi s'en tenir et restitua au jeune professeur ce qui était bien sa propriété.

Nommé à l'élection membre titulaire de l'Académie de médecine, médecin en chef de la Maternité, professeur à la Faculté, en possession d'une clientèle qui s'agrandissait tous les jours, marié à une femme charmante et vivant au milieu d'une famille qu'il adorait et dont il était adoré, chevalier de la Légion d'honneur, tout ce qui constitue le bonheur, Desormeaux en jouissait. Mais, — ô fragilité du bonheur humain! — ce confrère qui paraissait doué d'une santé robuste et réfractaire aux dénouements subits, celui qui quelques minutes avant venait de donner le baiser matinal à sa famille n'est plus qu'un cadavre. Desormeaux avait été foudroyé dans sa voiture par une attaque d'angine de poitrine dont il avait déjà subi quelques atteintes.

Raige-Delorme, qui a publié dans les *Archives générales de médecine* une très intéressante notice sur Desormeaux, ne l'a pas doué de brillantes qualités comme professeur. Je me souviens bien, en effet, que sa parole était lourde et pâteuse; cependant son cours ne manquait pas d'auditeurs. Si l'on ne comptait que par le nombre de volumes, Desormeaux aurait peu écrit; mais si l'on se rappelle que presque tous les articles d'obstétrique publiés dans le *Dictionnaire en 30 volumes* sont sortis de sa plume, et que ces articles si substantiels, s'ils étaient mis en ordre et soudés convenablement, formeraient un traité à peu près complet d'obstétrique, si d'après certains critiques, ces articles de Desormeaux ont été très visiblement consultés et démarqués par certains traités récents, on approuvera Raige-Delorme d'avoir rendu sur ce point une éclatante justice à l'honnête et modeste Desormeaux.

Desormeaux a laissé un fils qui a hérité de toutes les qualités morales de son père, et qui suit avec distinction la carrière de la chirurgie.

Du 8 au 17 juin, injection tous les jours de 3 milligrammes. — Total : 10 injections. Aucune douleur. Pas d'accident.

*Exeat,* sur sa demande, le 17 juin. Améliorée.

Obs. XXVIII. — Marie B..., 24 ans, domestique. Entrée le 7 juin, salle Saint-Alexis, n° 36. Scrofule.

*Examen.* — Syphilides papuleuses et papulo-hypertrophiques de la vulve. Syphilides érythémateuses, papuleuses, squameuses du tronc. Rien à la gorge. Alopécie. Céphalée.

*Traitement.* — 3 milligrammes tous les jours, du 8 au 23 juin. — Total : 16 injections. Aucune douleur; pas d'accident.

Dès la douzième injection, les syphilides s'affaissent très notablement.

23 juin. Continuation du traitement.

Obs. XXIX. — Estelle P..., 22 ans, domestique. Entrée le 31 mai, salle Saint-Alexis, n° 26. Début de la syphilis il y a un mois.

*Examen.* — Nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques, dont quelques-unes sont érosives, de la vulve, de l'anus, des plis génito-cruraux. Tuméfaction considérable des grandes et petites lèvres. Polyadénite inguinale, cervicale et sous-maxillaire. Syphilide érythémateuse généralisée.

*Traitement.* — 3 milligrammes tous les jours, du 1er au 23 juin. — Total : 23 injections. Légère cuisson pendant une demi-heure, lors des cinq premières injections. Pas d'accident.

23 juin. Affaissement lent des syphilides.

Obs. XXX. — Marie P..., 18 ans, domestique. Entrée le 7 juin, salle Saint-Alexis, n° 27. Début il y a quatre mois.

*Examen.* — Syphilides papuleuses légèrement érosives des grandes et des petites lèvres. Syphilides hypertrophiques volumineuses de la face interne des cuisses. Syphilides érosives des commissures labiales, de la langue, des amygdales. Syphilides cutanées érythémateuses, papuleuses, squameuses.

*Traitement.* — 3 milligrammes tous les jours, du 8 au 23 juin. — Total : 16 injections. Aucune douleur; aucun accident.

23 juin. Les syphilides s'affaissent. On continue le traitement.

Obs. XXXI. — Anita S..., 18 ans, domestique. Entrée le 31 mai, salle Saint-Alexis, n° 26. Céphalée. Alopécie. Courbature. Tibialgie.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives, dont quelques-unes sont hypertrophiques, très nombreuses, très volumineuses, occupant les grandes et les petites lèvres, le périnée, l'orifice

---

***

J'espérais pouvoir terminer aujourd'hui cette galerie, mais il me reste Alibert qui me demandera plus d'espace que je ne pourrais lui en accorder aujourd'hui. Enfin, je voudrais jeter un rapide coup d'œil sur l'enseignement libre à cette époque. Ce sera le sujet de ma prochaine *Causerie.*

Dr Simplice.

---

Tunnel du canal de la Manche. — Il y a quelques jours, dans la réunion générale de la compagnie du *South-Eastern,* sir Édouard Watkin a annoncé le succès complet du forage préliminaire du tunnel du canal, et la résolution prise en Angleterre par sa propre compagnie, en France par la compagnie du tunnel, de faire un pas en avant bien plus important. Déjà une galerie de deux mètres de diamètre, de huit cents mètres de longueur a été percée, du fond du puits près Abbot's-Cliff, dans la direction de la France, et il a été résolu qu'on percerait sous la mer, des deux côtés du canal, une tête de ligne d'un kilomètre un tiers de longueur. Cette double tête de ligne, d'après la marche actuelle des travaux, sera probablement percée dans six mois, et l'on peut espérer que les douze kilomètres restant seront immédiatement entrepris des deux côtés du canal. Les conditions du terrain sont entièrement favorables à l'exécution de ce grand projet; comme on s'y attendait, il est formé de calcaire gris imperméable à l'eau; et il y a toute raison de croire qu'il s'étend sans interruption, absolument continu, à travers tout le détroit. La semaine dernière les machines ont creusé soixante-dix mètres en ligne droite, ce qui correspond à trois mille mètres dans un an. A cette vitesse les deux têtes du tunnel se rencontreraient au milieu du canal en cinq années; et il suffira probablement de ce même temps pour élargir le boyau de sept mètres et le transformer en un tunnel à double voie ferrée.

anal. Syphilide papuleuse du vagin. Syphilides érosives des deux amygdales. Syphilide érythémateuse du tronc. Ganglions épitrochléens, inguinaux, cervicaux, sous-maxillaires tuméfiés.

*Traitement.* — 3 milligrammes tous les jours, du 1er au 23 juin. — Total : 23 injections.

Pas de douleur; pas d'accident.

La cinquième injection ayant été faite un peu trop superficiellement, il en résulte une nodosité indurée, rouge, légèrement douloureuse, ne durant que quarante-huit heures. Résolution complète. Affaissement lent des syphilides qui étaient très nombreuses.

23 juin. Continuation des injections.

Obs. XXXII. — Albertine B..., 22 ans, journalière. Entrée le 7 juin, salle Saint-Alexis, n° 25.

Début il y a trois mois. Céphalalgie. Courbature. Insomnie.

*Examen.* — Douze à quinze syphilides papulo-hypertrophiques des grandes et des petites lèvres. Polyadénite inguinale. Syphilides papulo-squameuses discrètes du tronc et du dos. Syphilides érosives des amygdales qui sont hypertrophiées.

*Traitement.* — 3 milligrammes chaque jour, du 8 au 23 juin. — Total : 16 injections.

Aucun accident.

Le 23 juin, les syphilides ont presque totalement disparu.

Obs. XXXIII. — Zélie F..., 18 ans, domestique, salle Saint-Alexis, n° 11. Entrée le 7 juin 1881.

Antécédents strumeux.

Début il y a deux mois. Depuis, alopécie; céphalée; courbature; fièvre syphilitique. Insomnie presque absolue.

*Examen.* — Tuméfaction considérable des grandes et des petites lèvres. Syphilides papulo-hypertrophiques, dont beaucoup sont érosives et à aspect diphthéroïde, de la vulve, des plis génito-cruraux, de l'anus. Syphilide érythémateuse du tronc. Syphilides érosives multiples des deux amygdales.

*Traitement.* — 3 milligrammes tous les jours du 8 au 23 juin, — 16 injections.

Aucune douleur; aucun accident. Les syphilides vulvaires s'affaissent très rapidement. Les syphilides buccales sont plus tenaces.

Continuation du traitement.

Obs. XXXIV. — Eugénie A..., 22 ans, salle Saint-Alexis, n° 2. Entrée le 23 mai.

Début de la maladie il y a un mois, trois semaines après le dernier coït. Ulcération volumineuse, non indurée, à bords décollés, de la grande lèvre gauche; puis une autre apparaît sur la petite lèvre; puis une troisième sur la grande lèvre droite. Ces ulcérations s'agrandissent considérablement, bien que la malade les cautérise au nitrate d'argent trois ou quatre fois par jour. Tuméfaction considérable des grandes et des petites lèvres. L'aspect de ces ulcérations est absolument celui des chancres non infectants. L'inoculation étant faite trois fois et étant chaque fois négative on diagnostique : chancres syphilitiques modifiés par les cautérisations répétées et intempestives. Polyadénite inguinale double, aphlegmasique. Céphalée, courbature, insomnie, dyspepsie.

Le 9 juin, apparition de syphilides papuleuses, érythémateuses, squameuses du tronc et des membres se développant avec une rapidité énorme.

On institue de suite le *traitement* : injection tous les jours de 3 milligrammes, du 9 au 23 juin. — 15 injections.

Aucun accident. Légère douleur. (La malade est extrêmement impressionnable.)

Sous l'influence de ce traitement, les chancres de la vulve diminuent très rapidement, mais les syphilides cutanées augmentent chaque jour; apparition de quelques syphilides buccales.

Le 23 juin, l'évolution des syphilides cutanées semble arrêtée. Grande amélioration des syphilides vulvaires.

Obs. XXXV. — Jeanne P..., 29 ans, cuisinière, salle Saint-Louis, n° 2. Entrée le 7 juin.

Début il y a un mois. Céphalée, courbature, alopécie considérable, insomnie, polyadénite.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives hypertrophiques volumineuses de la vulve, de l'anus, des plis génito-cruraux, de la face interne des petites lèvres. Syphilide érythémateuse discrète. Petite syphilide érosive du pilier antérieur droit.

*Traitement.* — Du 10 juin au 23 juin, injection de 3 milligrammes tous les jours. — 14 injections.

Aucun accident; pas la moindre douleur. Affaissement très rapide des syphilides.

Obs. XXXVI. — Rose D..., 18 ans, fille de brasserie, salle Saint-Louis, n° 13. Entrée le 26 mai 1881.

*Examen.* — Chancres simples multiples de la vulve et chancre infectant de la petite lèvre droite, à base indurée. Polyadénite inguinale indolente. Vitiligo cervical. Syphilide érythémateuse du tronc. Syphilides érosives des deux amygdales. Alopécie, céphalée, courbature.

*Traitement.* — Injection de 3 milligrammes du 4 au 23 juin. — 20 injections.

Pas d'accidents. Pas la moindre douleur.

Le chancre disparaît très rapidement ainsi que les syphilides amygdaliennes. Persistance de la roséole.

Obs. XXXVII. — Marie L..., 21 ans, couturière, salle Saint-Louis, n° 23. Entrée le 27 avril 1881.

Début il y a un mois.

*Examen.* — Chancres simples de l'anus et de la fourchette. Chancre induré infectant de la grande lèvre droite. Polyadénite inguinale non douloureuse. Syphilide érythémateuse. Hypertrophie et syphilides érosives des amygdales.

*Traitement.* — Du 10 au 23 juin, 14 injections.

Pas de douleur, sauf un peu de gêne dans le décubitus dorsal. Pas de salivation.

22 juin. Le chancre a disparu. La syphilide érythémateuse persiste.

*(La fin au prochain numéro.)*

## CORRESPONDANCE

### ERREUR ET RECTIFICATION A PROPOS DE LA FÈVE DE SAINT-IGNACE

Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte par le cas d'empoisonnement de notre confrère le docteur Garrigou par les gouttes de Baumé, pour signaler au corps médical un fait considérable relativement aux fèves de Saint-Ignace qui entrent dans la composition de ces gouttes.

M. Pierre, directeur du jardin botanique de Saïgon, a prouvé depuis plusieurs années que, contrairement à ce qui est écrit dans tous les livres de botanique et d'histoire naturelle médicale, l'arbre qui fournit la fève de Saint-Ignace n'est pas une Strychnée voisine du vomiquier, mais une Bixinée, appartenant au genre *Hydnocarpus* (genre très éloigné comme caractère des Strychnées). Ce genre asiatique, qui croît en Indo-Chine dans le haut et sur le bord des rivières, est représenté en Cochinchine par deux espèces, et peut-être une troisième que nous avons trouvée dans le Laos supérieur. L'*Hydnocarpus inebrians*, qui fournit les graines connues dans le commerce sous le nom de fèves de Saint-Ignace, est très-connu dans notre colonie.

L'examen attentif des graines, — cotylédons et embryon, — qui se trouvent dans le commerce, ne laisse aucun doute sur l'exactitude de cette nouvelle détermination. L'histoire de cette plante se trouve donc entièrement à refaire. Le botanistes devront effacer le genre *Ignatia* qui n'existe pas, et qui se trouve avoir été constitué, ainsi que nous le démontre M. Pierre, par les fleurs d'une plante, les fruits d'une autre et les graines d'une troisième. Les chimistes doivent refaire l'analyse des graines avec soin, et prouver qu'il n'y existe ni *strychnine* ni *brucine*, mais un ou plusieurs alcaloïdes nouveaux, doués, ainsi que l'a constaté depuis longtemps la médecine pratique, de propriétés énergiques, favorables dans le traitement des maladies d'estomac, et différentes physiologiquement de celles des vomiquiers.

Dr Thorel.

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente une note de M. H. Toussaint, sur quelques points relatifs à l'immunité charbonneuse.

« Il y a un an, le 12 juillet 1880, j'avais l'honneur de faire connaître à l'Académie les premiers faits d'immunité charbonneuse acquise au moyen d'inoculations préventives. Depuis cette époque je n'ai fait aucune communication sur ce sujet. M. Bouley a bien voulu cependant, dans la séance du 6 septembre suivant, annoncer que le nombre des faits allait croissant : il citait quinze cas évidents. Ce nombre a quadruplé, et, dans ces derniers mois, les travaux publiés par M. Pasteur sur ce sujet ont montré que l'immunité pouvait être donnée sans coup férir. Sa méthode est bien certainement le dernier mot de la question.

Il est cependant dans ces faits, comme dans tous ceux qui sont de même ordre, des points qui ne peuvent être résolus qu'avec le temps. De ce nombre sont la *durée* de l'immunité et son *hérédité*.

Au point de vue de la durée, je puis dire que le charbon se comporte comme les autres maladies qui ne récidivent pas. La durée de l'immunité du charbon est en raison directe de la gravité de la première attaque, ou, si l'on veut, de l'énergie du vaccin, et en raison inverse de la résistance des animaux.

Voici les faits qui le démontrent. Au mois d'août 1880, des agneaux de dix et de vingt mois, ainsi que des brebis vieilles, reçurent une même quantité d'un vaccin très énergique, je devrais dire trop, car il tua trois des cinq agneaux mis en expérience et un des antenais ou agneau de vingt mois. Chez tous les jeunes animaux qui ont survécu, ainsi que chez les brebis, les phénomènes produits par l'inoculation furent graves, mais tous ont gardé leur immunité jusqu'à ce jour, les brebis même l'ont conférée à leurs agneaux.

A la même époque, des antenais et des brebis âgées ont reçu un autre vaccin beaucoup plus atténué. L'action produite, très faible chez les brebis, s'est montrée plus forte chez les antenais. Un mois après la vaccination, une première inoculation de sang charbonneux a été faite à tous ces animaux (six antenais et dix brebis); tous ont résisté, mais une nouvelle inoculation faite à quelques brebis quatre mois après les a tuées. Les antenais, au contraire, ont gardé leur immunité et la possèdent encore.

L'hérédité est acquise à l'agneau. Sept brebis vaccinées aux mois de mai, juillet et août 1880 ont été conservées jusqu'à ce jour et mises au troupeau après les premiers essais. Les sept agneaux qui en proviennent, inoculés dans le premier mois de leur naissance, ainsi que les mères, n'ont montré aucun symptôme morbide.

Ce résultat me paraît important au point de vue de l'immunité, car il montre qu'il suffirait d'inoculer les femelles pour obtenir des troupeaux indemnes.

Il n'est pas nécessaire d'inoculer les mères pendant la gestation pour obtenir l'immunité. Tous les cas que je viens de citer se rapportent à des brebis vaccinées deux ou trois mois avant la conception et qui n'ont pas été inoculées pendant la gestation. C'est donc une propriété vraiment héréditaire qui peut devenir un caractère de race. Mon honoré maître, M. Chauveau, a déjà démontré que dans les races algériennes les femelles pleines dont on renforce l'immunité par des inoculations donnent des petits qui sont tout à fait réfractaires. Il y a cependant entre ces deux cas une certaine différence : sous l'état de fœtus, le jeune animal fait partie de la mère, il en est un organe, et il doit recevoir et garder l'empreinte de tout choc, de tout état grave qui frappe la mère; mais lorsque celle-ci peut transmettre un état acquis avant la gestation, alors que tous ses tissus, ses organes sont revenus à l'état normal, il faut en conclure que c'est sous l'influence non pas d'une cause passagère, mais bien d'une cause permanente, dont le siège est dans l'économie, que ce résultat est produit.

Nous conservons des jeunes agneaux des deux sexes pour les faire reproduire plus tard et juger cette question. »

M. de Quatrefages communique l'extrait d'une Lettre adressée par M. A. Caraven-Cachin, sur une nouvelle maladie des oies domestiques observée dans la commune de Viviers-les-Montagnes (Tarn).

« Il y a environ un mois que l'on nous signalait, de divers côtés de la commune de Viviers-les-Montagnes, une mortalité subite dans les oies domestiques. Appelé par plusieurs fermiers pour étudier la cause de ce mal, qui sévissait avec assez d'intensité, nous nous rendîmes sur les lieux et nous constatâmes que cette maladie présentait tous les symptômes d'une asphyxie. Cependant elle nous paraissait avoir son siège dans l'œsophage : aussi l'autopsie seule semblait devoir éclairer et résoudre cette apparente contradiction.

Nous pratiquâmes une incision longitudinale dans l'œsophage, et nous trouvâmes ce canal rempli de feuilles toutes hérissées de poils roides et piquants qui avaient profondément pénétré dans la partie interne et qui s'étaient fortement accrochés dans la membrane muqueuse qui tapisse cet organe.

Ces piquants avaient déterminé une tumeur œsophagienne. Sous l'influence d'une irritation violente le canal musculo-membraneux s'était fortement distendu; mais, comme les effets de l'inflammation se trouvaient arrêtés par la colonne vertébrale, l'inflammation avait gagné la surface opposée, c'est-à-dire celle qui se trouve en contact avec la trachée-artère. Elle avait tellement comprimé cet organe, qu'elle avait fini par boucher le tuyau des voies respiratoires. La mort, tout en ayant réellement sa cause dans l'œsophage, arrivait par asphyxie.

La maladie étant connue, il nous restait à déterminer quelle était cette plante si dangereuse pour nos oiseaux de basse-cour.

Les fragments de feuilles extraits avec précaution de l'œsophage de l'oie nous apprirent que

cette espèce végétale appartenait à la famille des *Composées*, au genre *Helminthia* et à l'*Helminthia echioides* (Gartn.) ou *Helminthie vipérine.* »

M. de Lacaille envoie une note intitulée : *Expériences tentées sur les malades atteints de fièvre jaune avec l'acide phénique, le phénate d'ammoniaque, etc.*

« Rio-Janeiro, 15 juin.

La fièvre jaune n'a pas sévi cette année avec la même intensité que les années précédentes, grâce à des orages fréquents et à une grande quantité de pluie. Tous les marais qui entourent la baie de Rio de Janeiro sont inondés et les eaux sont croupissantes ; il y aura lieu de craindre une recrudescence pour l'année prochaine si les pluies viennent à manquer en septembre et en octobre. La *médecine des ferments* vient de me donner de grandes satisfactions. Pendant les mois d'avril et de mai, j'ai donné mes soins à une douzaine de malades avec un plein succès, en suivant à la lettre la méthode du docteur Déclat.

Parmi les douze cas, il y en a un des plus remarquables; il était arrivé à la période de *vomito greto*. Ce premier cas était celui de M^lle^ Coza (Reine-Germaine), âgée de vingt-trois ans, née de parents français, habitant l'intérieur du Brésil et de passage à Rio.

Appelé au cinquième jour de la maladie, je trouvais le cortège effrayant de cette terrible intoxication : hémorrhagie, anurie, vomissements noirs ; la malade était en un mot au voisinage de la mort.

J'eus recours à une médication énergique. Injections hypodermiques à cent gouttes n° 21, sirop d'acide phénique, sirop de phénate d'ammoniaque, injections rectales au sulfophénique à des intervalles réguliers, de deux heures en deux heures. Dès le troisième jour de cette médication, on pouvait considérer la malade comme sauvée.

Depuis trente ans que je suis aux prises avec la fièvre jaune, c'est le premier malade que j'ai la certitude d'avoir arraché à la mort (à cette période).

Le second cas était à la période cosmique du parasite ; j'ai eu recours à dix injections hypodermiques et à des lavements avec le sulfophénique et le glycophénique. Guérison complète le septième jour. Cette malade se nommait Marie Rose, artiste dramatique, âgée d'environ trente ans.

Les autres cas ont été si vite hors d'affaire que je me demande, malgré ma longue pratique, s'ils ont eu réellement la fièvre jaune. Appelé à la période d'incubation, le triomphe était aisé. »

## JOURNAL DES JOURNAUX

*De l'anasarque dans les collections purulentes de la plèvre et du poumon*, par le docteur Édouard Rondot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. — On a décrit dans l'empyème deux variétés d'œdème : l'un, de la période d'état, dû à la thrombose veineuse, et situé soit sur un membre, soit sur la paroi thoracique (Damaschino) ; l'autre, de la phase marastique, occupant surtout le bras, la jambe ou le tronc du côté affecté (Laënnec). On a encore signalé de l'œdème avec albuminurie, comparable à celui de la maladie de Bright (Walshe, Verliac, Damaschino), et plus récemment, on a constaté que l'œdème est un indice fréquent de la purulence de l'épanchement (Delacour, Moutard-Martin, Boymond). Pour Peyrot (thèse inaug., 1876, Paris), la cause de l'œdème serait la putréfaction de l'épanchement purulent produisant une pression intra-thoracique excessive, et, pour Gordin (thèse inaug.), il serait le résultat d'une grave perturbation de la circulation pulmonaire, avec retentissement sur le cœur et la circulation périphérique. Enfin, l'auteur de l'article *Œdème*, du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie, admet que, outre l'œdème cachectique des épanchements purulents aigus ou chroniques, il peut exister quelquefois de l'œdème sans albuminurie.

Dans un cas, dont l'auteur a été témoin, un vieillard atteint de pleurésie séro-purulente présentait un œdème généralisé avec ascite. Par la ponction, on obtint une amélioration, et la diminution de l'anasarque et de l'ascite. Une vomique purulente survint, et le malade fut complètement guéri.

Quel que soit le point où l'œdème est localisé (paupières, face, membres inférieurs, bourses, etc.), et malgré la quantité du liquide souvent considérable, il disparaît dès que la plèvre a été exonérée de son contenu. Le cœur est ordinairement intact et les urines ne contiennent pas d'albumine. Enfin, cet œdème se montre bien avant la période cachectique, soit dans la pleurésie séreuse, soit dans d'autres affections pulmonaires, contrairement à l'opinion de Grisolle. C'est ainsi qu'il peut se montrer pendant l'évolution des abcès du poumon. En effet, chez un malade atteint de pneumonie, apparaissent de l'ascite et de l'œdème du bras

gauche; mais ces symptômes s'améliorent rapidement à la suite de vomiques purulentes. Ces mêmes phénomènes se sont montrés dans les tumeurs du médiastin (par exemple, dans l'hypertrophie des ganglions bronchiques, — Verliac). Dans la pleurésie séreuse, l'apparition de l'œdème, en l'absence de lésions du cœur, est l'indice d'une exsudation purulente.

Quelle est la pathogénie de ces œdèmes? S'ils sont dus à une gêne de la circulation veineuse par pression intra-thoracique, on ne comprend pas pourquoi ils font défaut dans les pleurésiés séreuses à marche rapide. Il n'existe pas non plus de signes objectifs permettant de l'attribuer à une insuffisance fonctionnelle de la valvule tricuspide. Enfin, peut-on admettre une altération du sang par une influence nerveuse? Dans ce cas, il faudrait que l'altération du sang disparût aussi rapidement que l'excès de la tension intra-pleurale ; or, c'est là une hypothèse dont la démonstration n'est pas encore faite.

On peut donc conclure des faits précédents : 1° que l'anasarque sans albuminurie peut exister dans la pleurésie purulente, en dehors des maladies du cœur ou d'un état cachectique; qu'elle disparaît par l'évacuation spontanée ou provoquée du liquide pleural, et qu'elle indique l'existence du pus; 2° que, dans les abcès du poumon, elle indique la formation du pus, et disparaît par l'expectoration de ces liquides purulents. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1881, p. 175, n° 17.) — Ch. E.

*Atrophie musculaire réflexe des membres supérieurs consécutive à une fracture double de l'humérus droit*, par le docteur Guichard. — Un marin, âgé de 32 ans, ayant des antécédents d'alcoolisme et d'impaludisme, tombe au fond de la cale d'un navire en 1876 et se fait une fracture de l'humérus droit et de plusieurs côtes. A la suite de la consolidation de la fracture, il éprouve de la diminution des forces et de la gêne des mouvements dans le membre droit; puis le membre s'atrophie et la colonne vertébrale commence à se déformer. Quelque temps après, le bras gauche s'affaiblit et il se produit une atrophie des muscles de l'éminence thénar de ce côté. Actuellement, l'atrophie du bras droit est complète, celle du bras gauche est moins avancée; à l'exception de ceux du pouce, les muscles des bras conservent les mouvements volontaires, mais ont perdu de leur énergie. Le sens musculaire et la sensibilité sont intacts.

La scoliose vertébrale consiste dans une courbure concave à gauche de la région dorsale, sans affaissement du corps des vertèbres; l'angle des côtes dans la région latérale droite du thorax est aplati, les muscles pectoraux sont atrophiés et même le pectoral droit ne se contracte plus par l'excitation électrique. Le trapèze droit obéit mieux à cette action que le trapèze gauche. L'on observe de plus un abaissement de température dans le membre supérieur droit (30,5), plus marqué que dans le membre inférieur du même côté (33,2) et que dans le membre inférieur gauche (34.1).

Du côté des organes respiratoires, on constate un peu d'emphysème pulmonaire et de la diminution de la capacité pulmonaire. Ce cas diffère de l'atrophie musculaire progressive par l'absence de déformation de la main (*doigts en griffe*), et par l'absence de névrite ascendante ou de pachyméningite. C'est donc une atrophie musculaire réflexe par irritation des nerfs du bras par les os fracturés. Quant à la scoliose des vertèbres dorsales, on peut l'attribuer à ce que l'atrophie musculaire ayant débuté à droite, les muscles gauches exerçaient une action plus puissante sur la colonne vertébrale, il y avait donc destruction de l'équilibre. (*Gaz. heb. des Sciences méd. de Bordeaux*, p. 420, n° 4. 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

### Mixture contre le coryza.

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique crist. . . . . . . . . . . | 5 | grammes. |
| Alcool rectifié . . . . . . . . . . . . . . | 15 | — |
| Liqueur ammoniacale caustique. . . . . . | 5 | — |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . | 10 | — |

Mêlez dans un flacon à l'émeri. — On fait tomber quelques gouttes de cette mixture sur un morceau de papier buvard, et on respire, à distance, par le nez et par la bouche, les vapeurs qui s'en dégagent. Cette inhalation est recommandée au début du coryza. — N. G.

Le concours pour le *clinicat médical* s'est terminé par la nomination de MM. Talamon et Josias, comme chefs de clinique titulaires, et de M. Jean, comme chef de clinique adjoint. — Le concours pour le *clinicat chirurgical* a nommé MM. Henriet et Duret.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE MÉDICALE

**Hôpital de Lourcine. — Service de M. GOUGUENHEIM.**

**DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE (1);**

Leçon recueillie par M. LEBRETON, interne du service.

III

*Formes cliniques de la laryngite tuberculeuse.* — Tous les auteurs classiques anciens et un certain nombre de modernes ont admis l'existence d'une laryngite tuberculeuse et d'une laryngite dite des tuberculeux, et cette opinion dualiste a encore trouvé un défenseur très ardent dans le docteur Joal, auteur du Mémoire dont je vous ai déjà parlé. Certes il est impossible de nier que des tuberculeux puissent être atteints comme tout le monde et même avec une certaine prédisposition de laryngites ordinaires. Mais est-il logique de dire qu'un tuberculeux atteint de laryngite chronique avec des alternatives de rémission et d'exacerbation soit frappé d'une laryngite ordinaire et n'est-il pas plus admissible de supposer l'identité des lésions pulmonaires et laryngées? Je partage, à ce sujet, l'opinion de Doléris, opinion appuyée sur l'anatomie pathologique (*Archives de physiologie*, 1877) et repoussant celle de Joal : l'amélioration d'une tuberculose localisée ne permettant nullement d'affirmer l'absence de tuberculose.

Après les auteurs qui admettent chez les tuberculeux une laryngite chronique simple, viennent les médecins qui n'admettent pas que la tuberculose envahisse le larynx sans que le poumon soit lésé. Krishaber a défendu cette opinion avec chaleur, et bien que Cruveilhier et d'autres auteurs aient admis l'existence d'une tuberculose limitée au larynx ce qui avait amené la classification de Cruveilhier : *laryngite initiale* et *laryngite consécutive*, M. Krishaber pense que la forme initiale ne l'est qu'en apparence et que toujours la tuberculose pulmonaire est coïncidente. La loi de Louis serait infaillible par rapport au larynx.

Telle n'est pas notre opinion ; le larynx peut être envahi isolément comme

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 juillet.

# FEUILLETON

**RÉVISION DU CODEX FRANÇAIS.**

La commission, composée de MM. Baudrimont, *président*, Grassi, Méhu, *membres*, et Frédéric Wurtz, *rapporteur*, a soumis récemment à l'approbation de la Société de pharmacie la rédaction définitive du rapport dont les conclusions votées sont les suivantes :

I. — Adopter la double notation en atomes et en équivalents.

II. — Faire suivre le nom de chaque produit de sa composition centésimale.

III. — Indiquer pour les falsifications et les altérations un mode d'essai de chacun des produits chimiques, soit qu'il figure au chapitre des matières premières, soit que son mode de préparation soit indiqué.

IV. — Donner le moyen de déterminer d'une manière rigoureuse l'identité de chaque espèce chimique.

V. — Faire un chapitre spécial des solutions qui, dans le Codex de 1867, figurent à la suite du produit chimique qui en est la base.

VI. — Ranger les produits par ordre alphabétique.

Ces conclusions votées, votre Commission a eu à discuter, pour chacun des produits, leurs divers modes de préparation, afin de choisir le meilleur, quand il devait être inscrit au Codex ; à le soumettre au contrôle de l'expérience quand cela paraissait utile, et à rédiger ensuite avec concision chaque article.

tous les organes et la conclusion est la curabilité possible et fréquente de la laryngite tuberculeuse (*fait nié par Krishaber au Congrès de Milan*) ; aussi proposerons-nous la classification suivante :

1° Laryngite tuberculeuse isolée;

2° Laryngite tuberculeuse initiale;

3° Laryngite tuberculeuse consécutive.

M. Krishaber admettait une forme ultime, nous la croyons inutile, car elle n'est qu'un degré de notre troisième forme.

Mais pour la description de la marche de la maladie, cette division ne serait pas suffisamment clinique, car la laryngite tuberculeuse isolée et l'initiale qui s'en rapproche beaucoup n'ont pas toujours les mêmes caractères laryngoscopiques ni la même allure.

Les auteurs qui nous ont précédés, s'étaient contentés d'adopter pour la description de la maladie plusieurs périodes. Nous allons examiner leurs divisions et nous montrerons qu'elles ne peuvent s'appliquer à tous les cas de la clinique.

Isambert, par exemple, avait adopté, pour la laryngite tuberculeuse, la division en trois périodes qu'il appelait épithéliale, ulcéreuse, nécrosique. Ces dénominations étaient sujettes à critique. La période épithéliale, puisque l'auteur adoptait pour base l'anatomie pathologique, eût dû s'appeler « préulcéreuse. » Malgré cela la division eût toujours laissé à désirer.

Dans une étude récente (*Archives*, 1881), le docteur Joal a fondé sur l'anatomie la distinction qu'il établit entre les périodes superficielle ou épithéliale, intermédiaire ou dermique, profonde ou sous-muqueuse.

Ces deux classifications méritent le même reproche ; elles sont plutôt théoriques que pratiques. — En effet, dans la clinique, la laryngite tuberculeuse est loin de parcourir toujours ces périodes successives ; certaines formes s'arrêtent dès la première phase; certaines autres arrivent presque d'emblée à la deuxième période ou dans un espace de temps tellement court que ce n'est guère que théoriquement que l'on pourrait admettre l'existence d'une période épithéliale. Enfin ce n'est que dans un nombre de cas très restreint que l'on observe les graves désordres qui constituent la troisième période.

Un spécialiste éminent de Londres, Lenox-Browne, adopte la division d'un de ses compatriotes, le docteur Sawyer; il admet quatre degrés : 1° la pâleur

---

Nous passerons donc sans autre préambule à l'énumération des produits que vous avez adoptés; ce sont :

* Antimoine diaphorétique.
* Arséniate d'ammoniaque; * de fer; de mercure; * de potasse; * de soude.

Bromure d'ammonium; de baryum; * de fer; * de lithium; mercureux; mercurique; de plomb; de potassium; de zinc.

Carbonate de chaux précipité; de lithine; de manganèse; de potasse (Bi).

Carbonate de soude; bicarbonate de soude.

Chlorate de soude.

* Chlorure d'antimoine.

Chlorure d'argent; de baryum; de calcium; * ferreux; * ferrique; manganeux; mercureux; mercurique; * d'or; * d'or et de sodium; de potassium; de sodium; de zinc.

* Hypochlorite de chaux (solution); * de soude (id).

Hyposulfite de soude; * — de soude et d'argent.

Hypophosphite de chaux; de fer; de soude.

Iodure d'argent; de baryum; de cadmium; * ferreux; manganeux; * mercureux; * mercurique; * de plomb; de potassium; de sodium; de zinc.

* Kermès.

Nitrate d'argent; * de bismuth (sous); de cuivre; de fer; de mercure; de plomb; de zinc.

Permanganate de potasse.

* Phosphate de chaux; phosphate acide de chaux.

Phosphate de soude.

ou l'anémie des tissus; 2° la tuméfaction; 3° l'ulcération; 4° la nécrose et la carie des cartilages.

Le premier degré de cette classification est loin d'être constant et le début de bon nombre de laryngites tuberculeuses est plutôt constitué par l'hypérémie, la congestion, que par la pâleur. Ce dernier mode se rencontre surtout chez les tuberculeux cachectiques et on ne peut l'admettre comme base de description.

Il nous a semblé nécessaire de recourir plutôt à des formes cliniques dont la distinction sera plus profitable au point de vue du pronostic et du traitement. L'examen laryngoscopique nous fournit sous ce rapport la base la plus solide et en même temps rend notre classification plus moderne pour ainsi dire, en la fondant sur l'état actuel de la science laryngoscopique. Je proposerai donc les deux formes suivantes :

*Laryngite généralisée :* bénigne, grave;

*Laryngite circonscrite :* bénigne, grave.

Chacune de ces formes pouvant d'ailleurs être primitive ou consécutive aux lésions du poumon.

Examinons l'une après l'autre ces différentes divisions.

*Laryngite généralisée bénigne primitive.* — C'est certainement la plus difficile à reconnaître. Les signes objectifs sont en effet à peu près semblables à ceux des laryngites ordinaires chroniques. On trouve bien quelquefois de la tuméfaction de la région aryténoïdienne, ou limitée au niveau des cartilages de Santorini, mais on ne rencontre pas les granulations tuberculeuses décrites par certains auteurs. Un signe important existe parfois, c'est l'écartement des lèvres de la glotte. Notons aussi des poussées congestives passagères, mais assez fréquentes. Au bout d'un certain temps il est possible que l'on vienne à constater l'existence de lésions pulmonaires. Dans ce cas, la rougeur du larynx, qui n'avait jamais disparu complètement, fait place à de la pâleur, et l'on voit survenir dans l'état général les signes précurseurs de l'hecticité et de la phthisie.

La *laryngite généralisée bénigne consécutive* survient dans le cours de la tuberculose pulmonaire. C'est la laryngite des tuberculeux des auteurs, qui ne s'accompagne pas plus de signes subjectifs graves que la forme précédente.

---

Phosphure de zinc.
Précipité blanc.
Silicate de potasse.
* Soufre doré
* Sulfate d'alumine et de potasse calciné; de cadmium; de chaux; * de cuivre ammoniacal; * ferreux; manganeux; de mercure; de potasse; de soude; de zinc.
Sulfite (Bi) de chaux; de soude.
Sulfure d'antimoine; de carbone; d'étain; * de fer; de fer pour H S; * de sodium (mono et * quinti).
Talc.
* Turbith minéral; turbith nitreux.

Tous les corps marqués d'un astérisque devront figurer avec leur mode de préparation, tous les autres figureront comme matières premières.

Nous ferons remarquer que les sels suivants ont été ajoutés à la liste de ceux que renferme le Codex de 1867.

Arsénite de fer; de mercure.
Arséniate de fer.
Bromure d'ammonium; de baryum; de fer.
Bromure de lithium; de mercure; mercurique; de plomb; de zinc.
Carbonate de lithine.
Chlorate de soude.
Chloro-iodure de mercure.

Nous avons déjà assez insisté sur la question de savoir s'il s'agissait là d'une laryngite chronique simple ou tuberculeuse. Doléris (*loc. cit.*) dit *que même quand la larnygite reste bénigne, on n'a pas seulement affaire à une simple phlegmasie, et que le microscope permet de découvrir des caractères spéciaux permettant d'affirmer la spécificité* (*Archives de physiol.*, 1877, p. 865). Dans la forme qui nous occupe, la laryngite peut rester bénigne et le malade succomber aux lésions pulmonaires. Dans d'autres cas, au contraire, elle peut se transformer en laryngite grave.

Dans la *laryngite généralisée grave* même *primitive*, la scène change. On trouve une tuméfaction considérable de l'épiglotte, des replis épiglottiques et de l'intérieur du larynx, ce dernier fait, il est vrai, difficile à constater. Sur cette tuméfaction peuvent se développer des ulcérations plus ou moins larges et profondes, les cartilages peuvent être envahis et cependant, dans quelques cas, l'examen des poumons ne révèle rien d'appréciable pendant un certain temps. Les signes subjectifs sont sérieux, il y a de la toux, une sensation de corps étranger, de la dyspnée, de la douleur, de la dysphagie. La difficulté de la respiration et de la digestion, l'affaiblissement qui en résulte, amènent promptement les altérations consécutives du poumon et la mort du malade. Dans d'autres cas, plus rares, les poumons sont moins intéressés et le malade succombe soit par suite d'une cachexie précoce résultant de l'inanition ou par suite d'accidents asphyxiques dus à la sténose laryngée.

La *laryngite tuberculeuse généralisée grave consécutive* présente moins d'intérêt. Elle peut succéder à une laryngite bénigne et dominer la scène pathologique. En tous cas, elle donne le coup de grâce aux tuberculeux. Il est inutile d'indiquer sa fréquence dans nos hôpitaux.

Dans la *laryngite circonscrite bénigne primitive* les parties les plus fréquemment envahies sont les cordes vocales supérieures et inférieures. Au milieu de la santé la plus parfaite, on voit survenir tout à coup des troubles de la voix, sérieux et persistants. On examine au laryngoscope et l'on trouve des lésions très localisées et presque caractéristiques. C'est une tuméfaction peu prononcée, mais d'une rougeur intense, accompagnée d'ulcérations à formation très rapide, qui peuvent donner naissance à des végétations en nombre parfois considérable. Le siége spécial de ces ulcérations est le vestibule et

---

Chlorure d'argent; ferreux; manganeux.
Hyposulfite de soude et d'argent.
Hypophosphite de chaux; de fer; de soude.
Iodure d'argent.
Iodure de baryum; de cadmium; manganeux; de sodium; de zinc.
Nitrate de cuivre; de fer; de plomb; de zinc.
Phosphate acide de chaux.
Phosphure de zinc.
Silicate de potasse.
Sulfate de chaux; de potasse.
Sulfite (Bi) de soude.
Sulfure de fer.
Talc.
Turbith nitreux.

Nous avons supprimé les suivants soit parce que leur composition n'est pas constante, soit parce qu'ils ne sont plus usités.

Ethiops minéral.
Iodure de soufre.
Phosphate-ferroso-ferrique.
Sulfate d'alumine bibasique.
Sulfure de chaux (foie calcaire); de sodium (Tri).

les cordes vocales supérieures, le bord et la commissure postérieure des cordes vocales inférieures. L'une de ces dernières peut être détruite dans une partie limitée de son étendue tandis qu'en face l'autre corde peut être très saine. L'ulcération présente un aspect grisâtre et est entourée d'un tissu d'un rouge louche ; en même temps, il peut exister de la parésie des cordes. Comme signes subjectifs, les troubles de la voix et un peu de toux sont seuls à révéler la maladie ; l'état général est excellent ; l'appétit très conservé. Cependant cette forme est très longue, elle évolue en plusieurs mois, quelquefois un, deux ou trois ans, mais elle ne présente que peu de tendance à la généralisation si le malade peut se soigner. A sa suite pourtant on peut rencontrer des lésions irrémédiables entraînant des troubles permanents de la voix. La guérison est possible et peut être définitive sous cette dernière réserve.

Dans la *laryngite circonscrite bénigne consécutive*, c'est surtout la région aryténoïdienne qui est intéressée bien qu'une tuméfaction pâle plus ou moins étendue puisse exister coïncidemment. On peut aussi trouver des lésions isolées sur les cordes vocales tant supérieures qu'inférieures. On comprend que la coexistence de lésions pulmonaires puisse amener des progrès plus rapides des manifestations laryngées et leur donner un caractère de gravité exceptionnelle. Sauf cette réserve la symptomatologie locale est la même que dans la forme précédente.

La *laryngite circonscrite grave primitive* peut n'affecter que l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques, mais elle s'y localise rarement et elle prend le plus souvent la forme généralisée grave. Sur les cordes vocales supérieures on peut voir dans cette forme se développer une tuméfaction excessive formant une véritable tumeur intra-laryngée avec menaces d'asphyxie et pouvant amener la mort du malade, si l'on ne recourt à la trachéotomie. D'autres fois on voit survenir des ulcérations profondes à la carie des cartilages et des accidents d'infiltration, il peut même y avoir chute du séquestre, mais le fait est fort rare.

Sur les cordes vocales inférieures, cette forme est caractérisée par des destructions considérables et la formation de végétations nombreuses. En même temps, on peut observer des troubles sérieux de la motilité consistant surtout dans l'adduction excessive des cordes par paralysie des crico-

---

Il nous aurait été facile d'étendre notre liste en y introduisant des sels qui sont venus momentanément augmenter l'arsenal thérapeutique. Mais la Société ne désirant admettre au Codex que les produits acquis sans conteste à l'art médical et repousser ceux dont l'efficacité et le besoin réel n'avaient pas été suffisamment constatés, nous n'avons pas cru devoir y faire figurer un certain nombre de produits salins. Si, dans le nombre, quelques produits nous ont échappé, cette lacune n'empêchera pas leur emploi, même s'ils ne figurent pas aux Codex, et cela, en raison de la proposition de M. Baudrimont, votée par votre Société dans la séance du 4 février 1880, et ainsi conçue :

« Donner droit de cité à toutes les espèces chimiques bien définies, connues ou à connaître, et à leurs différentes formes galéniques, c'est-à-dire en permettre l'emploi en pharmacie, « sans qu'il y ait besoin d'inscrire d'abord ces substances au Codex pour leur donner une « existence légale. »

Nous allons maintenant et en raison du vote de la Société qui a admis la publication d'un recueil périodique annexe du Codex et dans lequel seraient insérées toutes les formules nouvelles soumises à la Commission permanente nommée à cet effet, décrire les divers procédés de préparation des sels non rangés parmi les matières premières.

Quant aux préparations maintenues telles qu'elles sont dans le Codex de 1867, nous nous contenterons d'y renvoyer sans autres détails. »

(Suivent les détails de ces préparations, pour lesquels nous renvoyons au *Journal de pharmacie et de chimie*, mai 1881, p. 470.) — P.

aryténoïdiens postérieurs ou par ankylose des aryténoïdes; les troubles respiratoires amenés par ces états peuvent rendre la trachéotomie indispensable.

Quant à la *laryngite circonscrite généralisée grave,* c'est la destruction considérable d'une partie du larynx ou même de plusieurs portions à la fois. On voit ainsi l'épiglotte emportée, les cordes vocales inférieures détruites, enfin des ulcérations énormes de l'organe. La carie et la nécrose sont inhérentes à cette forme. Ces accidents abrègent considérablement la durée de la phthisie et entraînent bientôt la mort du malade; ce sont eux qui caractérisent la laryngite ultime des tuberculeux.

*(La suite à un prochain numéro.*

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS;

Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 23 juin 1881 (1),

Par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Sixième série

Injections tous les jours de 4 milligrammes de sublimé (seringue de Pravaz entière).

OBS. XXXVIII. — Marie D..., 22 ans, cuisinière, entrée salle Saint-Louis, n° 27, le 7 juin 1881.

Début il y a trois mois. Céphalée, alopécie, insomnie, courbature.

*Examen.* — Syphilides hypertrophiques érosives multiples de la vulve et de l'anus. Vulvo-vaginite blennorrhagique. Syphilide maculeuse du dos et du thorax.

*Traitement.* — Du 18 au 23 juin, 6 injections de 4 milligrammes.

Aucune douleur; aucun accident. État stationnaire des syphilides.

OBS. XXXIX. — Élisabeth M..., 21 ans, journalière, entrée le 14 juin 1881, salle Saint-Louis, n° 5.

*Examen.* — Depuis un moins syphilides papulo-érosives des grandes et des petites lèvres, du capuchon clitoridien. Adénite inguinale multiple, non douloureuse. Vagin rouge et purulent. Syphilide vaginale érythémateuse et légèrement papuleuse.

*Traitement.* — 4 milligrammes par jour, du 18 au 23 juin. — 6 injections.

Aucun accident; pas de salivation.

23 juin. Affaissement des syphilides vulvaires.

OBS. XL. — Maria L..., 20 ans, fileuse, entrée le 17 juin 1881, salle Saint-Louis, n° 34.

Il y a six mois, elle est restée un mois à Lourcine pour des syphilides vulvaires et buccales. Elle n'a subi aucun traitement depuis sa sortie de l'hôpital. Rentre pour des syphilides papulo-hypertrophiques volumineuses des grandes lèvres et du pourtour de l'anus. Syphilide érythémateuse du tronc. Grossesse de trois mois.

*Traitement.* — Du 18 au 23 juin, 6 injections, 4 milligrammes par jour.

La malade ne ressent aucune douleur.

OBS. XLI. — Dora A..., 26 ans, couturière, entrée le 1er mars 1881, salle Saint-Louis, n° 18.

Début de la maladie il y a quinze jours.

Syphilides papulo-érosives hypertrophiques volumineuses de la vulve, des plis génito-cruraux, du pourtour de l'anus. Polyadénite inguinale indolente. Syphilide érythémateuse généralisée sur tout le corps. Courbature, alopécie, insomnie, fièvre. Grossesse de cinq mois et demi.

On traite la malade pendant un mois avec une cuillerée à café par jour de liqueur de van Swieten. Au bout d'un mois, les syphilides vulvaires ont presque totalement disparu. Mais augmentation des syphilides cutanées, buccales. Syphilides ulcéreuses nombreuses du cuir

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19, 23, 24, 26 et 30 juillet.

chevelu; quelques syphilides ecthymateuses de la région cervicale postérieure. Douleurs très vives donnant lieu à l'insomnie. On donne alors 2 cuillerées par jour.

Au bout d'un mois, les syphilides ulcéreuses et ecthymateuses persistant ainsi que les syphilides cutanées et buccales, on met la malade aux injections quotidiennes de 4 milligrammes. — Du 15 au 23 juin, 9 injections.

Légère douleur pendant un quart d'heure au point piqué. Amélioration sensible sous l'influence du nouveau traitement.

Obs. XLII. — Alphonsine L..., 25 ans, domestique, entrée le 7 juin 1881, salle Saint-Louis, n° 25.

Scrofule. Tuberculose pulmonaire. Grossesse de cinq mois.

Début il y a six mois environ. Pas de traitement. Alopécie, insomnie, courbature matinale, fièvre syphilitique, algidité périphérique le soir et la nuit.

*Examen.* — Dans le pli de l'aine, sur toute la vulve, au pourtour de l'anus, dans les plis génito-cruraux, syphilides papulo-érosives confluentes formant une immense nappe. Polyadénite inguinale. Quelques syphilides papuleuses discrètes sur le tronc.

*Traitement.* — Injections tous les jours, 4 milligrammes, du 11 au 23 juin. — Total : 13 injections.

Aucun accident. Légère cuisson pendant dix minutes. Syphilides s'affaissent insensiblement.

Obs. XLIII. — Augustine D..., 18 ans, blanchisseuse. Entrée le 10 juin, salle Saint-Louis, n° 31.

Soignée il y a cinq mois pendant deux mois, salle Saint-Clément (service de M. Gougue-nheim), pour syphilis au début. Est sortie non guérie et ne s'est pas soignée hors de l'hôpital.

*Examen.* — Syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques légèrement érosives des grandes et des petites lèvres, et de l'orifice anal. Adénite inguinale. Hypertrophie des deux amygdales. Du 11 au 23 juin : 13 injections.

Aucun accident. Seules, les syphilides papulo-hypertrophiques périanales persistent, restent stationnaires.

23 juin. Continuation du traitement.

Obs. XLIV. — B... (Françoise), 34 ans. Entrée le 29 mars, salle Saint-Alexis, n° 23.

Malade depuis deux mois.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve, du pourtour de l'anus, des grandes et des petites lèvres. Polyadénite inguinale. Grossesse de quatre mois. Glossite syphilitique érosive. Donné, pendant deux mois et demi, à la dose d'une, puis deux cuillerées à café, la liqueur de van Swieten n'agissant que fort lentement, et n'empêchant pas la reproduction des syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve et des ailes du nez; on met la malade aux injections quotidiennes. 20, 21, 22, 23 juin, 4 injections de 4 milligrammes qui sont fort bien supportées.

Pas de douleurs. Pas de nodosités. Pas de salivation.

Obs. XLV. — Julia L..., 29 ans, blanchisseuse. Entrée le 17 mai, salle Saint-Alexis, n° 8.

Début il y a quinze jours. Alopécie. Céphalée. Fièvre. Algidité périphérique. Rien à la vulve. Sur tout le corps, syphilide papulo-érythémateuse généralisée simulant absolument une rougeole boutonneuse. Syphilides papuleuses du vagin et du clitoris. Adénite indolente de l'aine, du cou, de la région épitrochléenne.

Injections tous les jours de 4 milligrammes. Du 26 mai au 23 juin : 28 injections.

La malade prétend souffrir légèrement, durant toute la journée, au niveau du point piqué. Décubitus dorsal impossible. Pas de rougeur, ni de nodosité, ni d'abcès, ni d'eschares. Pas de salivation. Les syphilides vulvaires, vaginales, disparaissent très rapidement. La syphilide cutanée pâlit lentement et s'affaisse.

Obs. XLVI. — Marie Z..., 18 ans, couturière. Entrée le 24 mai, salle Saint-Alexis, n° 29.

Début il y a deux mois.

*Examen.* — Galé. Prurigo généralisé. Sur les grandes et les petites lèvres, à l'anus, dans les plis génito-cruraux, nombreuses végétations rouges lisses, syphilitiques. Quelques syphilides papuleuses du tronc. Syphilides érosives de la langue et des deux amygdales. Alopécie. Céphalée. Courbature. Syphilide pigmentaire du cou.

*Traitement.* — Du 24 mai au 18 juin, injection tous les jours de 2 milligrammes. Aucune douleur. Aucun accident. Amélioration notable, mais lente.

Le 18 juin, on injecte 4 milligrammes, ainsi que les jours suivants. Cette solution est également bien supportée. — Total : 30 injections.

**Septième série** (depuis le 21 juin). Injections quotidiennes de 5 milligrammes.

Injection, tous les jours, de 5 milligrammes de sublimé. On emploie une solution nouvelle ainsi faite : la seringue de Pravaz entière contient 8 milligrammes de sublimé; 5 divisions de cette seringue contiennent donc 2 milligrammes.

Cette solution plus concentrée que les précédentes, et contenant de la glycérine, paraît être plus douloureuse que la précédente pendant quelques minutes

Le nombre des malades de la septième série est de 5. Jusqu'à ce jour, aucune d'elles n'a présenté un accident quelconque.

En résumé, de toutes ces observations, il résulte : 1° que, chez le plus grand nombre de malades, l'injection sous-cutanée d'une solution de peptone mercurique ammonique n'occasionne aucune douleur. Quelques malades seulement ont accusé une douleur plus ou moins vive, durant parfois un jour, le plus ordinairement une heure, à la suite des premières injections; dès la cinquième ou sixième, la douleur ne se montrait plus; 2° que cette injection ne provoque aucune irritation locale, pourvu qu'elle soit pratiquée dans le tissu cellulaire sous-cutané; 3° qu'à la dose de 4 milligrammes de sublimé, il ne survient aucun phénomène d'hydrargyrie; qu'elle ne donne lieu notamment ni à la stomatite mercurielle, ni à un trouble gastro-intestinal; 4° que le sublimé associé à la peptone sèche, suivant la formule donnée par M. Delpech, et inoculé sous la peau, possède une action plus prompte, plus rapide, sur les accidents syphilitiques, que le sublimé donné par la voie stomacale. A tous ces points de vue, donc, cette préparation est appelée à rendre de grands services dans la thérapeutique de la syphilis, et nous permet de revenir à l'emploi des injections sous-cutanées si délaissées par les médecins français.

Dans un second mémoire je ferai connaître le résultat de mes expériences ainsi que les doses qu'il faut atteindre pour avoir des accidents d'hydrargyrie.

---

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DES EUROPÉENS AUX ANTILLES, par BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine. Paris, O. Doin; 1881.

Ce livre permet d'apprécier l'étendue des services que les médecins de notre marine rendent à la science médicale et la difficulté de leur tâche. Se trouvant en présence de formes morbides différentes de celles que l'on rencontre dans nos climats, ils doivent arriver par une analyse rigoureuse de leurs symptômes ainsi que par l'étude des conditions dans lesquelles elles se développent et des lésions dont elles s'accompagnent, à les mettre à leur place dans le cadre nosologique en les rattachant aux types dont elles dérivent. Il leur faut faire ainsi pour elles ce que les cliniciens des siècles passés ont fait pour les fièvres de nos climats.

M. Bérenger-Féraud établit, à l'aide d'observations qui paraissent démonstratives, que, conformément à l'opinion de M. le professeur Jaccoud, la maladie connue aux Antilles sous les noms de *fièvre inflammatoire*, *bilieuse*, *polka-fever*, etc., n'est qu'une forme atténuée de la fièvre jaune, la maladie amarile pouvant revêtir, suivant l'activité plus ou moins grande de l'agent infectieux et le degré de résistance des malades, des formes assez diverses pour qu'on en méconnaisse aisément la parenté et la nature; elle aurait été souvent confondue avec les affections paludiques, au détriment des malades qui se trouveraient fort mal de la médication quinique. C'est là un progrès incontestable, mais nous demandons si l'auteur, de son côté, n'étend pas outre mesure le champ de l'influence amarile en lui imputant des cas qui ne diffèrent en aucune façon de notre embarras gastrique fébrile.

On lira avec intérêt les pages originales que l'auteur consacre à la description de la fièvre jaune proprement dite et à celle des formes que revêt l'impaludisme aux Antilles.

M. Bérenger-Féraud émet sur différents points de pathologie des opinions différentes de celles qui ont généralement cours parmi nous; il admet l'existence d'une *colique sèche* distincte de la colique saturnine; il décrit l'*anémie tropicale* sans parler de l'anchylostome de Wucherer; il range parmi les maladies *catarrhales*, la dysenterie, l'hépatite et la phthisie pulmonaire, à côté de l'angine maligne et du rhumatisme, et il déclare que ce groupe des

maladies catarrhales paraîtra bien défini (1) ; il nous permettra de ne point partager son opinion à cet égard.

La pathologie exotique fournit à chaque instant la démonstration de l'influence qu'exerce le milieu sur la genèse des maladies et sur leur mode d'évolution. Pénétré de cette vérité, l'auteur a consacré la moitié de son premier volume à l'étude détaillée de la topographie, de la météorologie et de la chronologie de la Martinique ; il a réuni sur ces sujets des documents très complets.

La dernière partie de l'ouvrage pourrait être intitulée : Hygiène de l'Européen à la Martinique ; elle abonde en conseils d'un grand intérêt pratique. — H. HAL.

---

ESSAIS SUR DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX (*Hamamelis Virginica*) ; SON ACTION THÉRAPEUTIQUE, par le docteur René SERRAND. — Paris, 1881. Delahaye et Lecrosnier.

L'*Hamamelis Virginica*, ou « noisetier de sorcière », arbuste très répandu dans l'Amérique septentrionale, possède une action thérapeutique très populaire aux États-Unis. Elle a été employée contre les congestions passives et paraît, de plus, posséder une action analgésique très rapide. La brochure du docteur Serrand aura pour résultat d'attirer l'attention sur cette substance mal connue, et de provoquer des recherches chimiques et physiologiques qui pourront seules en établir la valeur. A ce point de vue, elle sera d'autant plus utile à consulter qu'aucun livre de thérapeutique français ne fait mention de l'*Hamamelis Virginica.*

Ch. É.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA DIPHTHÉRIE DU PHARYNX ET DES VOIES RESPIRATOIRES, par le docteur René THOMAS. Thèse inaug. — Paris, 1881. Delahaye et Lecrosnier.

Les microbes des fausses membranes de la diphthérie ne diffèrent pas des microbes de l'air, et en tout cas les tentatives de reproduction expérimentale de la diphthérie au moyen de ces microbes sont restées sans succès. Des micrococcus et des bâtonnets existent dans l'intérieur des ganglions atteints d'adénite diphthéritique, et, quant à la fausse membrane diphthéritique, elle est formée d'un réticulum fibrineux, englobant entre ses travées des micrococcus, et des globules rouges et blancs. Les pseudo-membranes des maladies infectieuses, qu'elles soient des exsudats inflammatoires ou qu'elles aient la structure des fausses membranes diphthéritiques, contiennent les mêmes parasites, conformément aux observations de Klebs. Telles sont les conclusions de cette thèse inaugurale, entreprise sous l'inspiration de M. le docteur Cornil. — Ch. É.

IMPRESSIONS ET AVENTURES D'UN DIABÉTIQUE A TRAVERS LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS, par le docteur Jules CYR. — In-12. Deuxième édition. Paris, 1881. Delahaye et Lecrosnier.

Le succès de cette nouvelle édition, dont les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont pu apprécier l'humour et la saveur dans les feuilletons de ce journal, ne sera certainement pas moindre que celui de la première. La lecture en sera goûtée avec plaisir par tous ceux qui estiment les ouvrages de l'esprit. De plus, dans cette deuxième édition, l'auteur s'est décidé à lever le voile de l'anonymat, et à déclarer sa paternité et sa nationalité, n'ayant plus, après le succès déjà acquis, « de raison pour en charger la conscience de nos voisins d'outre-Manche. »

Ch. É.

(1) Tome I, page 1.

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin 1881. — Présidence de M. H. GUENEAU DE MUSSY.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Note sur le *Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées d'une solution de peptone mercurique ammonique*, par M. Martineau. Discussion : MM. Legroux, Martineau, Féréol. — Lecture d'un travail sur le *cœur cachectique*, par M. Du Castel. — Élections pour trois places de membres titulaires.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Bulletin* de la Société de médecine. — *Bulletin médical du Nord.* — *Union médicale de la Seine-Inférieure.* — *Revue médicale*, etc., etc.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. OULMONT, membre titulaire, qui demande à passer membre honoraire.

—

M. MARTINEAU lit un travail relatif au traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées d'une solution de peptone mercurique ammonique. (Voyez plus haut.)

M. LEGROUX : J'ai employé également les injections au peptonate de mercure dans quelques cas ; mais j'ai toujours trouvé ces injections trop douloureuses et agissant trop lentement, ce qui m'a fait y renoncer pour reprendre le protoiodure de mercure. De plus, tout en pratiquant les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané du dos, j'obtenais des inflammations et des indurations consécutives ; nouveau motif pour les abandonner. Ma solution était-elle pure ? Je l'ignore ; mais je ne sais pas si celle qu'a employée M. Martineau l'est davantage.

M. MARTINEAU : J'ai pris une solution différente de celle dont s'est servi M. Legroux, et j'ai fait à l'heure actuelle 751 injections, sur 51 malades, sans abcès, sans gangrène, sans stomatites, sans hydrargyrie, en un mot sans accidents inflammatoires quelconques à la suite. A peine chez quelques malades les premières injections sont-elles un peu douloureuses ; mais, après la quatrième, toutes les malades les supportent facilement ; j'ai soin d'ailleurs d'isoler les malades, afin qu'elles ne subissent aucune influence à l'égard des douleurs provoquées par ces injections.

J'ai remarqué que les accidents graves de la syphilis sont plus facilement améliorés et guéris par les injections que par tout autre traitement, y compris les frictions mercurielles.

M. LEGROUX : Dans deux cas, je n'ai point réussi avec la formule de Bamberger ; c'est le seul point que je veuille constater.

M. FÉRÉOL : J'ai également échoué en me servant d'une solution qui m'a paru bien faite ; j'ai fait souffrir le malade et j'ai obtenu des inflammations locales qui m'ont forcé à abandonner ces injections pour reprendre le traitement par les méthodes ordinaires.

—

M. DU CASTEL lit un travail sur le cœur cachectique. (Sera publié prochainement.)

MM. Danlos, Gingeot et Cuffer sont nommés, à l'unanimité, membres titulaires.

— La séance est levée à cinq heures.

*Le secrétaire*, DUGUET.

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mars 1881. — Présidence de M. CHARRIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. PERRIN, trésorier, annonçant à la Société qu'il a reçu l'ampliation du décret autorisant M. le Président à recevoir le legs de 10,000 fr. de feu Duparcque.

Une lettre de M. FORGET, remerciant ses collègues de l'intérêt qu'ils lui ont témoigné pendant sa maladie.

Une lettre de M. le docteur MARCHAL, qui demande un tour de lecture pour communiquer, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire ,un mémoire intitulé : *De la grossesse cervicale.*

Une lettre de M. LOLLIOT, membre titulaire, qui, forcé maintenant d'habiter Suresnes, demande à être nommé membre correspondant.

Une commission composée de MM. Reliquet, Jules Besnier et Leudet rapporteur, est chargée de l'examen de cette demande.

Une lettre de remerciements de M. LARDIER, médecin de l'hôpital de Rambervillers (Vosges), nommé récemment membre correspondant.

Une lettre de M. CARADEC fils (de Brest) qui demande à lire, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé : *Étude sur la fièvre typhoïde à Brest en* 1880.

Une lettre de M. FABRE (de Commentry), membre correspondant, qui annonce l'envoi des mémoires suivants :

— Quelques considérations étiologiques sur le zona.

— Trois cas de pustule maligne opérés par le thermo-cautère.

— De l'action d'un milieu humide sur l'organisme humain.

M. PERRIN dépose sur le bureau une observation de microcéphalie.

La correspondance imprimée se compose des journaux périodiques de la quinzaine.

M. LE PRÉSIDENT signale à la Société que M. Guibout a reçu une récompense de l'Académie des sciences pour son ouvrage sur les maladies de la peau.

—

M. POLAILLON présente un malade chez lequel il a pratiqué la suture des tendons extenseurs de l'index, du médius et de l'annulaire, dans les circonstances suivantes :

Le 24 janvier 1881, Victor C., âgé de 46 ans, fut atteint à la face dorsale de la main droite par une scie à ruban. Il en résulta une plaie oblique en bas et en dehors, longue de huit centimètres environ. Elle présentait des bords assez nettement tranchés, sauf à son extrémité inférieure, vers la tête du deuxième métacarpien où il y avait des tissus mâchés.

Comme il y avait une hémorrhagie abondante, le blessé fut conduit chez un pharmacien qui appliqua sur la plaie des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer, puis il fut amené à l'hôpital de la Pitié et couché salle Saint Gabriel au n° 26.

L'interne de garde enleva les tampons de charpie, lava la plaie avec de l'eau phéniquée et fit un pansement avec des compresses phéniquées.

Le 25 janvier, à la visite du matin, le blessé dit avoir dormi et ne pas souffrir de sa plaie. Ses doigts sont fléchis, et quand on lui commande de les relever, il ne peut y réussir, excepté pour le petit doigt. La plaie est souillée par des parcelles noires qui paraissent être du charbon. Elle est en outre recouverte de caillots. Je la lave avec soin à l'eau phéniquée, et en écartant ses bords, j'aperçois les extrémités divisées des tendons extenseurs de l'index, du médius et de l'annulaire. Les extrémités des tendons étant mâchées, j'en résèque quelques millimètres avec des ciseaux, puis je suture les bouts inférieurs aux bouts supérieurs avec du fil de catgut fin. Un seul point est appliqué pour le tendon de l'annulaire; deux points pour le tendon du médius, qui est plus large, grâce à l'expansion fibreuse qui l'unit au tendon de l'annulaire; enfin un point de suture suffit pour le tendon de l'index. Chaque bout de tendon est transpercé par l'aiguille à suture à une distance de huit à dix millimètres du bout coupé, afin que le tissu tendineux ne soit pas sectionné par le fil de catgut.

Par dessus les tendons ainsi suturés je rapproche les lèvres de la plaie que je suture avec cinq points de fil d'argent.

Pendant toute l'opération on a humecté continuellement la plaie avec de l'eau phéniquée. Pansement de Lister. La main est entourée de ouate et fixée sur une palette de bois.

Le malade, qui a peu souffert pendant l'opération, n'accuse plus aucune douleur lorsqu'elle est achevée.

27 janvier. — Premier pansement. La face dorsale de la main est un peu tuméfiée; les bords de la plaie sont rouges. Deux fils d'argent de la suture cutanée sont enlevés.

29. Pansement. Très peu de suppuration. Un fil d'argent est ôté.

31. A la partie inférieure et externe de la plaie, une portion de la peau s'est mortifiée.

2 février. — Les bords de la peau suppurent un peu; mais la réunion par première intention est faite dans la profondeur.

14 février. On constate que le médius et l'annulaire peuvent s'étendre légèrement.

Les jours suivants les mouvements d'extension deviennent de plus en plus manifestes. La plaie cutanée est complètement cicatrisée.

A la fin de mars, comme les membres de la Société peuvent le constater, les mouvements d'extension des doigts sont aussi complets à la main droite, où les tendons extenseurs ont été coupés, qu'à la main gauche. La suture du tendon a donc complètement réussi. La cicatrice de la peau est partiellement adhérente aux tendons suturés, mais on peut espérer que ces adhérences profondes diminueront avec le temps.

J'avais déjà communiqué à la Société, en 1873, un fait de suture des tendons extenseurs de la main droite. Depuis lors j'ai suturé avec succès, une fois le tendon extenseur du pouce, une autre fois deux tendons fléchisseurs. La nouvelle observation que je rapporte, fait voir quelle importance il faut attacher à cette opération, qui réussit dans un grand nombre de cas. Afin d'éviter, autant que possible, les adhérences de la cicatrice cutanée avec les tendons suturés, il faut employer pour la suture des tendons le catgut ou la soie phéniquée qui ont la propriété de se résorber sans amener de la suppuration; il faut en outre employer le pansement de Lister.

M. DUROZIEZ lit un mémoire sur la péricardo-pleurite dans le rhumatisme articulaire aigu. (Sera publié.)

M. le docteur Gaston GRAUX, ancien interne des hôpitaux de Paris, lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, une note sur un fait d'angine de poitrine développée sous l'influence du tabagisme.

Une commission composée de MM. Reliquet, Besnier et Thorens, rapporteur, est chargée d'examiner ce travail et les titres du candidat.

*(La suite à un prochain numéro.)*

## FORMULAIRE

### Traitement du furoncle des paupières. — Panas.

Au début, appliquer sur les paupières des compresses d'eau froide ou glacée, qu'on renouvellera souvent ; administrer à l'intérieur des préparations opiacées. Si la marche du furoncle n'a pas été enrayée, pratiquer une incision linéaire horizontale comprenant toute l'épaisseur du furoncle, depuis la peau jusqu'au cartilage tarse exclusivement, puis maintenir sur les paupières des compresses imbibées de liquides antiseptiques, tels qu'une solution d'acide phénique au deux centième, une solution d'acide thymique ou d'acide borique. Les compresses antiseptiques seront recouvertes de taffetas gommé, et transformées de la sorte en compresses échauffantes, susceptibles d'accélérer l'élimination du bourbillon et la granulation de la plaie. — Pour obtenir une cicatrice aussi peu difforme que possible, on recourra aux bandelettes emplastiques, ou bien on exercera une traction à l'aide de fils élastiques, afin d'empêcher l'action rétractile de la cicatrice et la formation d'un ectropion consécutif. — Si le malade est dyspeptique ou glycosurique, ou affaibli par une diathèse quelconque, on s'efforcera d'améliorer l'état général par une médication convenable. — N. G.

## COURRIER

Prix. — Les commissions des prix à décerner par la Faculté de médecine de Paris en 1881 sont ainsi composées :

1° *Prix Corvisart.* — MM. Ball, Hardy, Lasègue, Potain et Germain Sée ;

2° *Prix Châteauvillard.* — MM. Hayem, Laboulbène, Regnauld, Sappey et Trélat ;

3° *Prix Montyon.* — MM. Bouchardat, Jaccoud, Laboulbène, Parrot et Peter ;

4° *Prix Barbier.* — MM. Gosselin, Guyon, Le Fort, Pajot et Verneuil.

— La Chambre des députés a adopté, dans sa séance du mardi 26 juillet, le projet de loi relatif à la reconstruction et à l'agrandissement des bâtiments de la Sorbonne, déjà voté par le Conseil municipal.

— La Société d'anthropologie vient de décerner, dans sa séance générale annuelle, le prix Godard à M. le docteur Mondières, médecin de la marine, pour son travail intitulé : *Monographie sur les femmes de la Cochinchine.* Des médailles de bronze ont été accordées : 1° à M. le docteur Atgier, également médecin de la marine, pour son mémoire : *Les bords de la Mayenne à l'âge de la pierre ;* 2° à M. le docteur Manouvriez, pour un travail ayant pour titre : *Recherches sur les caractères du crâne et du cerveau au point de vue de l'anatomie pathologique et de la physiologie.*

— La Société de médecine et de chirurgie de Toulouse vient de mettre les questions suivantes au concours :

1° Prix à décerner en 1882, d'une valeur de 300 francs : Étude comparative de l'uréthrotomie interne et externe ; en démontrer les avantages et les inconvénients.

2° Prix à décerner en 1883 : *a.* d'une valeur de 300 francs : des falsifications des boissons alimentaires, des moyens de les reconnaître et de les réprimer. — *b.* Prix Jules Naudin, de la valeur de 1,000 francs : Comment meurent les goutteux ? Étude clinique et thérapeutique. Une somme de 200 francs pourra être accordée, en sus, pour concourir aux frais de l'impression du mémoire, qui devra avoir lieu dans l'année.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, seuls admis à concourir, devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 2 *août*. — C'était aujourd'hui la séance annuelle, solennité où brillent les membres du bureau par leurs uniformes, et la plupart des académiciens par leur absence. M. Bergeron était chargé du rapport sur les prix; M. Henri Roger devait occuper le fauteuil de la présidence et proclamer les noms des lauréats. On ignorait si M. Béclard, suivant l'usage antique et solennel, ferait un éloge pour prolonger la séance au delà d'une demi-heure, l'arrondir et l'empêcher de finir *in piscem*. Tout compte fait, la séance était ouverte à 3 heures 10 minutes, levée à 4 heures, et M. Béclard, peu soucieux de la tradition, n'a rien dit. Heureusement, le discours de M. Bergeron était d'un artiste; et, se souvenant d'Horace, le président a su donner une fin pleine de grâce à la *mulier formosa* que lui présentait son collègue. On en jugera bientôt.

Le rapport sur les prix est d'une forme et d'un style séduisants. Les candidats au prix Civrieux avaient à traiter de l'innervation du cœur; trois mémoires remarquables ont été envoyés, dont M. Bergeron proclame les mérites. Mais ce qui semble surtout l'intéresser, c'est le cœur lui-même, cet organe célébré par les poëtes et les moralistes. En réalité, il fait l'éloge du cœur; est-ce pour qu'il y ait un éloge dans la séance, ou pour flatter l'auditoire féminin qui est proche de la tribune? Le savant académicien pense qu'en dépit de la physiologie, le cœur sera toujours considéré comme le centre de nos passions, et il demande qu'on lui laisse, dans le langage du sentiment et de la poésie, la place qu'il a toujours occupée. Cl. Bernard n'a-t-il pas écrit dans ce sens quelques lignes éloquentes? Comprenez-vous qu'en parlant d'un homme qui a bon cœur, on prétende au nom de la science qu'il a « un bon cerveau? » Dire à une femme : « C'est par le cerveau qu'on aime, et le cœur n'est qu'un muscle », n'est-ce pas la remplir d'indignation et passer à ses yeux pour un vil matérialiste? Aussi bien, le cœur est un centre où retentissent vivement toutes les émotions; dire que « l'amour fait palpiter nos cœurs », c'est dire la vérité.

L'Académie ayant décerné le prix Desportes à M. le docteur Fonssagrives, le rapporteur fait un éloge sans réserve des travaux de cet éminent confrère, et ajoute à son adresse quelques paroles chaleureuses, accueillies par d'unanimes applaudissements. Nous serions étonné si l'hommage rendu à l'homme et à son caractère ne lui semblait pas autrement précieux que la récompense elle-même.

Avec le prix Falret, M. Bergeron revient à la poésie, évoquant l'ombre de Shakespeare, et nous peignant avec de vives couleurs les tristesses et les fureurs d'Hamlet. Au demeurant, c'est une belle observation de folie circulaire (Falret) ou à double forme (Baillarger) que nous offre le héros shakespearien, si toutefois, dans la pensée de son créateur, il est aliéné. Ce dernier point n'est pas éclairci; *grammatici certant*... M. Bergeron ne résout pas la difficulté, mais il nous présente un exposé brillant de cette forme d'aliénation mentale.

La commission d'hygiène de l'enfance n'a reçu « aucun travail sérieux » sur le sevrage; mais elle donne plusieurs récompenses. Les odeurs fétides sont à l'ordre du jour; égouts, dépotoirs et biberons combinent leurs efforts pour détruire la population parisienne. Ces derniers ont fixé l'attention de M. Henri Fauvel, qui obtient 400 fr. et une médaille d'argent pour avoir poursuivi courageusement les microbes dans leurs anfractuosités.

Dans les dernières pages du discours de M. Bergeron s'entrechoquent des mots éclatants, lauréats, richesses scientifiques, jour heureux pour l'Académie, représentants éminents de la science. Ces derniers s'appliquent aux deux nouveaux sénateurs, MM. Wurtz et Berthelot, dont les noms sont vigoureusement applaudis. Semblable ovation est faite à M. Pasteur, grand-cordon de la Légion d'honneur. Qui pouvait mieux prétendre à la « récompense nationale » que ce puissant esprit, dont les découvertes conservent des millions à la France?

Mais n'oublions pas les morts : Delpech, Personne, Littré, Maurice Raynaud, Armand Moreau! Quelques mots profondément vrais sont consacrés à la mémoire de Littré, « à l'admirable unité de sa vie et de ses opinions », à « la pureté morale absolue » de cet homme « qui ne croyait à rien et était pour tout le monde une Providence ». Un rapprochement aussi heureux qu'inattendu est fait entre ce « libre-penseur, dans le sens épuré et presque idéal du mot », et Maurice Raynaud, ce croyant sincère, cet esprit élevé qui nous a montré « ce que valent à la médecine les fortes études littéraires », ce caractère qui peut se résumer dans deux mots : bonté et dévouement.

Après le discours très écouté et très bien accueilli de M. Bergeron, M. le président Roger a proclamé les prix décernés aux lauréats de 1880. Nous avons entendu avec plaisir les noms de nos amis Rendu, professeur agrégé, et H. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté. Puis M. Roger a tenu à ne pas lever brusquement la séance après cette lecture officielle, et à couronner plus dignement la solennité académique par la courte allocution suivante :

« Mesdames et Messieurs, l'énumération que je viens de faire des lauréats de 1880 est le complément ingrat du rapport excellent que vos applaudissements ont accueilli. Dans ce rapport, qui est la justification des jugements de l'Académie, M. Bergeron a présenté l'analyse des travaux couronnés ; il a ajouté, pour leurs auteurs, ces louanges autorisées et délicates qui doublent la valeur de nos prix, de sorte que plus d'un récompensé, en entendant ces paroles flatteuses surajoutées à la rémunération, aurait pu dire avec le poëte ;

« La façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne. »

« Qu'il soit permis au prédécesseur de M. Bergeron dans les fonctions de rapporteur annuel, de s'associer à ces éloges; qu'il soit permis au président de 1880 d'acclamer avec notre secrétaire, avec le public savant qui est l'honneur de cette solennité, avec le public gracieux qui en est la parure, d'acclamer de nouveau le nom glorieux de M. Pasteur. Par des services éclatants et désintéressés rendus à la science, à la médecine, au pays, notre collègue a mérité les plus hautes dignités scientifiques; il a mérité davantage encore, une récompense nationale. Saluons de nos félicitations et de nos vœux M. Pasteur, le lauréat perpétuel de la science et de la patrie françaises. » — L.-G. R.

# CLINIQUE INTERNE

## ARTÉRITE GÉNÉRALISÉE; FAITS CLINIQUES; LÉSIONS ARTÉRIELLES ET VISCÉRALES; DÉSORDRES FONCTIONNELS, ÉVOLUTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Leçons faites à l'hôpital de la Pitié, le 7 novembre 1879, par le docteur E. Lancereaux,
Membre de l'Académie de médecine.

Recueillies par M. Armand Delpeuch, interne des hôpitaux (1).

Messieurs, vous êtes sans doute surpris de me voir rattacher à l'artérite généralisée les nombreux désordres rencontrés chez nos différents malades, d'autant plus que ces désordres sont habituellement décrits d'une façon isolée. Cependant, dès l'année 1867, j'ai, dans l'article *Artérite* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, insisté d'une façon spéciale sur les lésions viscérales liées à l'inflammation et au rétrécissement des artères, en particulier sur la néphrite atrophique et le ramollissement cérébral; mais la plupart des auteurs ne se sont pas encore décidés à envisager ce complexus morbide dans son ensemble, et s'ils en ont étudié et décrit les éléments, ils n'en ont pas fait la synthèse. Je dois en excepter M. le professeur Peter qui, dans ses leçons cliniques, donne à l'endartérite chronique toute son importance et indique les conséquences qu'elle peut avoir sur la nutrition des

(1) Suite. — Voir les numéros des 23 et 30 juillet.

différents viscères : récemment encore il résumait ses idées sur ce sujet devant la Société clinique.

Pour vous donner une idée exacte de l'artérite généralisée, permettez-moi de vous tracer brièvement l'histoire de cette affection en commençant par les lésions anatomiques, afin de vous mettre à même de bien comprendre l'enchaînement des symptômes.

L'aorte est le point de départ habituel de ces lésions et le siège de leur plus haut degré d'intensité. Tout d'abord, cette artère présente des plaques de faible dimension, de l'étendue d'une petite lentille, lesquelles s'accroissent peu à peu et finissent par mesurer, en moyenne, un demi-centimètre, un centimètre et plus, de diamètre. Ces plaques, après avoir été demi-transparentes, deviennent opaques; elles sont fermes, saillantes, et donnent à la surface interne de l'aorte, qu'elles occupent dans la plus grande partie de son étendue, une apparence mamelonnée. Elles ont leur siège de prédilection au niveau de l'origine des artères collatérales dont elles rétrécissent les orifices, et leur présence est, par ce fait, une cause d'anémie pour les organes qui reçoivent le sang de ces vaisseaux. Ceux-ci peuvent présenter également des plaques isolées, mais on y observe le plus souvent des épaississements diffus qui rétrécissent leur calibre et mettent obstacle à la circulation de l'organe qu'elles alimentent. C'est ce qu'il est facile d'observer sur les artères rénales, cérébrales et en particulier sur l'artère splénique dont les flexuosités normales sont surprises et fixées par l'induration des parois. Les artères des membres sont assez ordinairement épaissies, parfois flexueuses, dilatées et amincies.

Une section, perpendiculaire à l'axe du vaisseau, montre que cet épaississement consiste en une masse grisâtre ou jaunâtre, semi-transparente ou opaque, qui a pour siége la tunique interne; les deux autres tuniques sont le plus souvent atteintes, mais à un moindre degré. A l'examen microscopique, il est facile de reconnaître, sur une coupe mince, vue à un faible grossissement, que la membrane interne est le siège particulier de l'altération. Cette membrane, immédiatement au-dessous de sa couche endothéliale, est infiltrée de cellules embryonnaires, et de ce point, en allant vers la périphérie, on rencontre successivement des cellules rondes, des cellules allongées, et, dans le voisinage de la tunique moyenne, des cellules étoilées, déposées comme les précédentes dans une trame aréolaire. Dans quelques cas, la tunique moyenne est elle-même infiltrée de jeunes éléments, d'autres fois ses éléments propres sont comprimés et atrophiés; la tunique externe est vascularisée et souvent épaissie.

Comment s'est développée cette lésion? Quel en a été le point de départ? On a admis jusqu'ici que les jeunes cellules nouvellement formées provenaient de la multiplication des cellules préexistantes de la tunique interne. Mais, tout récemment, un médecin hollandais, du nom de Talma, après avoir cherché à montrer que les tuniques artérielles se nourrissent de dedans en dehors par suite de la diapédèse des globules blancs du sang, a émis l'opinion que dans l'artérite il n'y avait qu'une exagération du phénomène normal, et que celle-ci était le résultat de la pénétration d'un plus grand nombre de globules blancs à travers la couche endothéliale. Ces globules formeraient ainsi, au-dessous de cette couche, un lit de cellules arrondies, après quoi, cheminant plus profondément, ils acquerraient un degré supérieur de développement et deviendraient successivement cellules allongées et cellules fusiformes, tandis qu'ils seraient remplacés dans leur situation et dans leur forme premières par une nouvelle invasion de leucocytes. Mais une démonstration certaine manque à cette manière de voir; ce n'est donc qu'une théorie.

Il est surtout intéressant de rechercher ce que devient l'épaississement de la tunique interne après la période de développement et d'organisation dont nous venons de parler. Or, au bout d'un certain temps, les saillies de la surface interne de l'aorte sont opaques, jaunâtres, puis le tissu trop peu vasculaire qui les compose ne pouvant se nourrir, elles se ramollissent, subissent l'altération granulo-graisseuse et arrivent à constituer un magma grenu, avec reflets brillants, une sorte de bouillie à laquelle les auteurs ont donné le nom d'*athérome artériel*.

Le sang, frottant incessamment sur la mince lame d'endothélium qui forme ces foyers athéromateux, en met à nu le contenu, qui se déverse ainsi peu à peu ou brusquement dans le courant sanguin. Ce mélange de détritus inflammatoires avec le sang est quelquefois la cause d'accès fébriles : je me souviens qu'un de mes anciens maîtres, Rayer, ayant éprouvé quelques accès de fièvre dont il ne pouvait trouver la cause, me fit l'aveu qu'ils devaient tenir à l'ouverture, dans son système circulatoire, de quelques foyers athéromateux. Un autre maître, Guérard, eut également dans la dernière année de sa vie, des accès semblables qui n'avaient sans doute pas d'autre cause.

Sur les points où ces ruptures se sont produites, le sang n'est plus en contact avec l'endothélium, condition nécessaire au maintien de sa fluidité : alors se dépose une certaine quantité de fibrine et se forme une concrétion aplatie ou arrondie (kyste fibrineux de l'aorte) qui rétrécit le calibre du vaisseau et peut devenir le point de départ d'un ou plusieurs embolus. D'autres fois le dépôt a lieu dans l'épaisseur de la membrane interne de la substance calcaire : de là des inégalités, des saillies aiguës, tranchantes, qui produisent des fissures par lesquelles le sang peut s'infiltrer, refouler devant lui les tuniques moyenne et externe et donner lieu à la formation d'un anévrysme. Si, au lieu de repousser les deux tuniques, le sang s'insinue entre elles et la membrane interne, la décolle sur une certaine étendue, l'anévrysme disséquant est constitué. Mais ces conséquences de l'infiltration calcaire sont rares et ce sont bien plutôt les artérites circonscrites qui aboutissent à la formation de tumeurs anévrysmales. Examinés au microscope, les foyers athéromateux se montrent composés de cellules en voie de dégénérescence graisseuse, de granulations graisseuses libres, de cellules et de fibres musculaires dégénérées, de cristaux lamelleux, de cholestérine. Arrivé à ce point, l'ensemble des lésions donne à l'aorte, par la juxtaposition de surfaces érodées, ulcérées, un aspect inégal, rugueux, comme réticulé, qui était très manifeste chez les malades que nous avons observés.

Les lésions viscérales sont très diverses; mais avant d'en parler, disons un mot de l'hypertrophie du cœur, qui est la conséquence directe et nécessaire de l'altération artérielle. Que celle-ci rétrécisse les vaisseaux ou les dilate, pourvu qu'elle en change le calibre sur des points différents, le résultat est le même : les fibres musculaires et élastiques venant à se modifier, le cœur, privé de la force auxiliaire qu'il trouve dans l'élasticité artérielle, lutte, travaille davantage, et s'hypertrophie, par compensation. Il est une circonstance, pourtant, où cette hypertrophie utile ne se produit pas, c'est quand les artères coronaires sont elles-mêmes athéromateuses et rétrécies. Alors, en effet, la nutrition cardiaque, loin d'être exagérée, se trouve diminuée, et au lieu d'hypertrophie, il survient une stéatose dont il est facile de prévoir les conséquences fâcheuses. Il en était ainsi dans notre seconde observation.

Les lésions que l'on rencontre du côté des poumons n'ont pas été jusqu'ici suffisamment étudiées : l'emphysème est commun et pour ainsi dire constant en pareil cas; mais nous ne connaissons pas bien le lien qui unit cette lésion à l'artérite généralisée. L'apoplexie du poumon est relativement fréquente et paraît résulter d'une altération de l'artère pulmonaire, sinon des artères bronchiques; il y a lieu de la distinguer de l'infarctus embolique. Des pleurésies ultimes ont été observées par nous dans un grand nombre de cas.

Tous les viscères abdominaux, sauf peut-être le foie, sont altérés. La rate est petite, indurée; sa capsule est épaissie. Les reins, diminués de volume et de poids, présentent une atrophie qui porte presque exclusivement sur la substance corticale. La surface de ces organes est inégale, parsemée de dépressions comme cicatricielles, résultant de la suspension de la nutrition dans un territoire vasculaire plus ou moins étendu. Le tissu est partout ferme, sclérosé : l'examen histologique montre l'épaississement considérable des tuniques artérielles et l'hyperplasie du tissu conjonctif qui entoure les glomérules. Plus ou moins comprimés et étouffés, les épithéliums des tubuli de Malpighi s'altèrent, deviennent granuleux et cessent de fonc-

tionner régulièrement. Il n'est pas rare alors de constater une augmentation dans la quantité d'albumine observée dans l'urine.

L'estomac est d'habitude fortement congestionné; de plus, la tunique muqueuse indurée, épaissie, couverte d'un mucus épais, est parfois semée de points hémorrhagiques pouvant se transformer, ainsi que je l'ai constaté, en ulcères par l'action du suc gastrique. L'un de nos malades présentait des cicatrices d'ulcères anciens on doit voir dans ce fait, non pas une simple coïncidence, mais une conséquence directe de l'artérite.

Les lésions de l'intestin n'ont pas été étudiées comme elles le mériteraient. Ce que je puis en dire, c'est que la tunique muqueuse, fréquemment hypérémiée, est le siége, par places, de petites extravasations sanguines ou même d'érosions superficielles. J'ai presque toujours trouvé les muscles atrophiés, un peu décolorés et surtout ramollis, les os mal nourris et friables.

Dans les articulations, nous avons observé, depuis que notre attention a été attirée sur ce point, une usure presque constante des cartilages et une hyperplasie du tissu osseux sous forme de rebord à la périphérie des surfaces articulaires; en un mot, les principaux caractères de l'arthrite sèche, mais il n'est pas prouvé que cette arthrite soit un effet de la lésion artérielle.

Les désordres du système cérébro-spinal sont multiples : une grande quantité de liquide céphalo-rachidien dilate les ventricules latéraux et prend la place laissée vide par le retrait de la substance nerveuse; celle-ci, ferme, décolorée, comme macérée, laisse voir sur des coupes fines, surtout au niveau du corps strié et de la protubérance, des pertes de substance, des lacunes, en nombre variable, d'une étendue de quelques millimètres. On observe encore des ramollissements partiels qui ne sont que la première phase de ces lacunes et dont les dimensions sont en rapport avec le calibre du vaisseau lésé, et plus rarement, enfin, des foyers hémorrhagiques circonscrits ou disséminés. Un grand nombre d'hémorrhagies cérébrales ne sont que des épiphénomènes, des accidents de l'artérite généralisée. La moelle est également revenue sur elle-même, baignée par un liquide abondant; mais, comme un riche réseau vasculaire la circonscrit, il en résulte que les oblitérations artérielles y ont de moins graves conséquences que dans l'encéphale.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle, tenue le 2 août 1881. — Présidence de M. Henri Roger.

### Distribution des Prix de l'année 1880

*Ordre des lectures* : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1880, par M. le docteur Bergeron; — 2° Prix proposés pour l'année 1882.

### PRIX DE 1880

*Prix de l'Académie.* — Question proposée : « De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement ». Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Rendu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, portant pour épigraphe : « Conjunctum est id, quod nusquam sine perniciali discidio potis est sejungi seque gregari. » (Lucrèce, *De natura rerum.*)

*Prix fondé par M. le baron Portal.* — Question proposée : « Anatomie pathologique des cartilages articulaires ». Ce prix était de la valeur de 1,200 francs.

Un seul mémoire a concouru. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

*Prix fondé par madame Bernard de Civrieux.* — Question proposée : « Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur ». Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Trois mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Liégeois (Charles-Auguste), médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1er, portant pour épigraphe : « Savoir, c'est connaître la cause » (Aristote).

Elle accorde :

1° Une première mention honorable à M. le docteur Arnaud (Henri-Marius), médecin à Beauvoisin (Gard), pour son mémoire inscrit sous le n° 3, avec cette épigraphe : « Laboremus ».

2° Une deuxième mention honorable à M. le docteur Lamarre (Edouard), médecin de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, pour son mémoire portant pour épigraphe : « Travaillez, prenez de la peine », inscrit sous le n° 2.

*Prix fondé par M. le docteur Capuron.* — Question proposée : « Influence de la luxation coxo-fémorale sur la conformation du bassin ». Ce prix était de 1,500 francs.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur Verrier (Eugène), médecin à Paris, pour son travail ayant l'épigraphe suivante : « Ars longa », inscrit sous le n° 2.

*Prix fondé par M. le baron Barbier.* — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament).

Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix était de la valeur de 7,000 francs.

Onze ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1° 2,000 francs à M. le docteur Edmond Delorme, chirurgien-major de 1re classe, pour son mémoire sur la Ligature des artères de la paume de la main.

2° 1,000 francs à M. le docteur E. Masse, de Bordeaux, pour son travail intitulé : *De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations.*

3° 1,000 francs à M. le docteur Christian Smith, de Bruxelles, pour son précis clinique des Affections des voies urinaires chez l'homme.

4° 1,000 francs à M. le docteur P. Burot, médecin de 1re classe de la marine, pour son ouvrage : De la fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane.

*Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard.* — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1,500 francs.

Quinze ouvrages ou mémoires ont été envoyés au concours. L'Académie ne décerne pas le prix : elle accorde à titre de récompense :

1° 600 francs, à M. le docteur Grasset, de Montpellier (mémoire n° 12), pour ses travaux sur les Localisations dans les maladies cérébrales et les maladies du système nerveux.

2° 400 francs à M. le docteur Damaschino, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage sur les Maladies des voies digestives, inscrit sous le n° 13.

Elle accorde à titre de mention honorable :

250 francs à M. le docteur Angel Marvaud, médecin aide-major à l'hôpital du Dey d'Alger, pour son mémoire manuscrit portant le n° 10, intitulé : *Études thermométriques et cliniques des principales formes fébriles observées dans les hôpitaux militaires de l'Algérie.*

250 francs à MM. les docteurs E. Brissaud et A. Josias, médecins à Paris, pour leur ouvrage sur les Gommes scrofuleuses et leur nature tuberculeuse, inscrit sous le n° 5.

*Prix fondé par M. le docteur Desportes.* — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il était de la valeur de 2,000 francs.

Sept ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Fonssagrives, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (Hérault), pour son ouvrage en deux volumes, ayant pour titre : *Traité de thérapeutique appliquée,* inscrit sous le n° 7.

*Prix fondé par madame veuve Henri Buignet.* — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur ouvrage manuscrit ou imprimé, sur les Applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions.

Le prix ne devait pas être partagé ; si aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du

prix, la somme de 1,500 francs devait être reportée sur l'année suivante, et dans ce cas, la somme de 3,000 francs pouvait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacnn.

Sept ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs H. Beauregard et V. Galippe, pour leur ouvrage intitulé : *Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie*, inscrit sous le n° 4.

Elle accorde :

1° Une mention très honorable à M. le docteur Badal, pour ses travaux inscrits sous le n° 5 : Clinique ophthalmologique.—Influence du diamètre de la pupille et des cercles de diffusion sur l'acuité visuelle.

2° Une mention honorable à M. le docteur Chapuis, pour son ouvrage ayant pour titre : *Influence des corps gras sur l'absorption de l'arsenic*, inscrit sous le n° 1er.

*Prix fondé par M. le docteur Orfila.* — Question : « De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc. » Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

Il n'y a pas eu de concurrents.

*Prix fondé par M. le docteur Falret.* Question : « De la folie désignée sous les dénominations de : Folie circulaire; Folie à double forme; Folie à formes alternes. »

Les concurrents devaient réunir dans leur travail le plus grand nombre possible d'observations cliniques. Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie décerne un prix de 1,000 francs à M. le docteur Ritti (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, auteur du mémoire inscrit sous le n° 4, ayant pour épigraphe : « Ceci est pure folie! et son accès va le travailler pendant quelque temps, etc. »

Elle accorde en outre une récompense de 500 francs à M. le docteur A. Mordret, médecin chef de l'asile de la Sarthe, au Mans, pour son mémoire inscrit sous le n° 1, ayant pour épigraphe : « Il n'y a aucune forme de manie qui ne puisse être réunie à une autre, quoique d'un aspect tout différent. »

*Prix fondé par M. le docteur Huguier.* — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France sur les Maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements).

Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; étaient seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions.

Ce prix ne devait pas être partagé. Il était de la valeur de 2,000 francs.

Deux ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Petit (Henri), sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, pour son mémoire inscrit sous le n° 2, ayant pour épigraphe : « La méthode bibliographique est un des principaux moteurs du progrès scientifique. »

*Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager.* — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un « prix de pareille somme destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur « thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux « ou des terrains des pays à endémie goîtreuse.

« Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par « la commission académique. »

Il n'y a pas eu de concurrents.

*Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance.* — Question : « Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire. Mais elle a accordé les récompenses suivantes, aux auteurs des mémoires ne répondant pas à la question proposée, savoir :

1° *Des médailles d'argent à :* M. le docteur Bibard, président de la Société protectrice de l'enfance, à Pontoise, pour son travail intitulé : *Observations sur les résultats de la loi Roussel.* — M. Henri Fauvel, chimiste au Laboratoire municipal (avec une allocation de 400 francs), pour sa note sur les Altérations du lait dans les biberons, et comme encouragement à poursuivre ses recherches sur le même sujet. — M. le docteur Louis Penard, président de l'Association des médecins de Seine-et-Oise, pour son mémoire imprimé sur le Rétablissement des tours, bien que l'Académie ne se considère pas comme solidaire de toutes les opinions émises par l'auteur. — M. le docteur Zinnis, médecin à Athènes (Grèce), pour son Étude sur les principales causes léthifères chez les enfants, à Athènes.

2° *Des médailles de bronze à :* M. le docteur Diard, de Rambouillet, pour son travail inti-

tulé : *Les nourrices, les nourrissons, la loi Roussel dans le canton de Rambouillet.* — M. le docteur René Blache, pour son travail sur l'Allaitement maternel au point de vue des avantages que la mère et l'enfant peuvent en retirer. — M. le docteur Mignot, de Chantelle (Allier), pour ses Observations sur l'allaitement artificiel.

*Fondation Auguste Monbinne.* — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la destination susdite, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

**Médailles accordées à MM. les Médecins des épidémies.**

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des épidémies de 1879 :

1° *Une médaille d'or à* M. le docteur Pilat, médecin à Lille (Nord), pour son Rapport sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord, et principalement pour un Rapport sur les épidémies de fièvre typhoïde.

2° *Rappel de médaille d'or à* : M. le docteur Lecadre, du Havre.

3° *Des médailles d'argent à* : M. le docteur Deligny, médecin à Toul, pour son Étude statistique et hygiénique des communes rurales des deux cantons de Toul (Meurthe-et-Moselle). — M. le docteur Gerlier, médecin à Ferney-Voltaire (Ain), pour sa Relation d'une épidémie thricophitique à Ferney. — M. le docteur Geschwind, médecin-major du 6e bataillon de chasseurs à pied, pour ses Recherches étiologiques sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la caserne de Romorantin en avril 1879. — M. le docteur Lardier, médecin à Rambervillers (Vosges), pour un travail intitulé : *Des causes de mortalité dans certaines épidémies de rougeole.* — M. le docteur Longet, médecin-major de 1re classe, pour un Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi à la Roche-sur-Yon sur le 93e régiment de ligne. — M. le docteur Mauricet, médecin à Vannes, pour son Compte rendu des épidémies et des épizooties du Morbihan. — M. le docteur Pestel, médecin à Saint-Chartier, pour son Rapport sur les épidémies qui ont existé dans l'arrondissement de La Châtre (Indre). — M. le docteur Ch. Viry, médecin-major de 2e classe à l'hôpital d'Aumale, et Eugène Richard, médecin-major de 2e classe à Philippeville (Algérie), pour un rapport (en collaboration) intitulé : *De la nature du goître épidémique, à propos de l'épidémie qui a sévi sur les troupes de la garnison de Belfort en 1877.*

4° *Rappels de médailles d'argent à* : M. le docteur Barbrau, pour son Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Rochefort (Charente-Inférieure). — M. le docteur Daniel, de Brest; 2e rappel. — M. le docteur Farges, d'Angers (Maine-et-Loire). — M. le docteur Remilly, de Versailles (Seine-et-Oise).

5° *Des médailles de bronze à* : M. le docteur Barbarin, médecin à Briançon, pour son Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Briançon (Hautes-Alpes). — M. le docteur Comballat, médecin à Marseille, pour son Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Marseille. — M. le docteur Dardignac, médecin-major de 2e classe au 143e régiment d'infanterie, pour son mémoire intitulé : *Contributions à l'histoire des maladies du soldat dans ses garnisons.* — M. le docteur Fournier, médecin à Soissons, pour son Rapport sur les épidémies de Soissons (Aisne). — M. le docteur Huguenard, aide-major de 1re classe à la place de Paris, pour sa Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à la caserne de la Nouvelle-France. — M. le docteur Jablonski, médecin à Poitiers, pour son Étude médicale sur l'arrondissement de Poitiers. — M. le docteur Lemenant des Chesnais, médecin à Authon-du-Perche (Eure-et-Loir), pour son Étude sur une épidémie de diarrhée infantile. — M. le docteur Lallemand, médecin à Dieppe (Seine-Inférieure), pour son Rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement de Dieppe. — M. le docteur Ringeisen, médecin à Schlestadt, pour un travail intitulé : *Relevés statistiques et rapports du médecin du Bureau de bienfaisance de la ville de Schlestadt* (Alsace). — M. le docteur Rousseau, médecin à Vouziers, pour son Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes). — M. le docteur Sauvé, médecin à la Rochelle, pour un Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné sur une compagnie du 4e bataillon du 123e de ligne en garnison à Saint-Martin-de-Ré.

**Médailles accordées à MM. les Médecins-inspecteurs des eaux minérales.**

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1878 :

1° *Médailles d'argent à* : M. le docteur Japhet, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien, pour ses travaux sur l'Histoire naturelle et médicale des eaux d'Enghien. — M. le docteur Bloc, médecin-inspecteur à Andabre et Cayla, pour son Rapport réglementaire très complet.

2° *Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à* : M. le docteur Planche, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc. — M. le docteur Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Brides et Salins. — M. le docteur Auphan, médecin-inspecteur des eaux d'Ax-sur-Ariège. — M. le docteur Boissier, médecin-inspecteur des eaux de Lamalou.

3° *Médailles de bronze à* : M. le docteur Weber, médecin principal de 1re classe, à Amélie-les-Bains. — M. le docteur Renard, médecin-major de 1re classe à Hammam-Rira. — M. le docteur Souligoux, médecin à Vichy.

**Prix et médailles accordés à MM. les Médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1878.**

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1,500 *francs partagé entre* : M. le docteur Antony, médecin-major de 1re classe au 25e régiment d'artillerie à Châlons-sur-Marne (Marne). — M. le docteur Boucher, médecin-major de 2e classe au 139e régiment de ligne à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — M. le docteur Claudot (Maurice), médecin-major à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon (Rhône).

2° *Des médailles d'or à* : M. le docteur Amat (Ch.), aide-major de 2e classe à Bou-Saada (Algérie). — M. le docteur Ciaudo, conservateur du vaccin à Nice (Alpes-Maritimes). — M. le docteur David, à Nolay (Côte-d'Or). — M. le docteur Van-Maris, médecin en chef de la garnison de Dunkerque (Nord).

3° D'accorder les cent médailles d'argent, aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées ; les autres par des observations ou des mémoires qu'ils ont adressés à l'Académie.

(Dans un prochain numéro, nous publierons les sujets des prix proposés pour l'année 1882.)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Observation de calcul de l'urèthre. — Rapport sur un travail intitulé : De l'extirpation des angiomes pulsatiles. — Rapport sur une observation de greffe cutanée.

M. le secrétaire général Horteloup donne lecture d'une observation adressée par M. Fleury (de Clermont-Ferrand) membre correspondant, et relative à un calcul engagé depuis vingt ans dans la portion prostatique de l'urèthre et dont M. Fleury a pratiqué l'extraction par l'incision de la paroi uréthrale.

M. Fleury demande l'avis de ses collègues sur la question de savoir s'il faut, chez ce malade, mettre immédiatement une sonde à demeure, ou bien laisser la plaie uréthrale se cicatriser d'elle-même.

MM. Tillaux, Le Dentu, Duplay, Gillette, sont d'avis de laisser la plaie se cicatriser ; M. Desprès, au contraire, conseille l'introduction immédiate de la sonde.

— M. Terrillon lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Delens et Marc Sée, un rapport sur un travail de M. le docteur Gustave Richelot relatif à l'extirpation des angiomes pulsatiles, et, en particulier, de la variété dite tumeur cirsoïde.

Dans ce travail, M. Richelot cherche à établir la supériorité de l'extirpation sur les autres modes de traitement de ce genre d'affection, et à montrer que la raison de cette supériorité doit être attribuée aux progrès les plus récents de la chirurgie, aux perfectionnements apportés dans les modes de pansement et dans les procédés d'hémostase.

Il fait voir que si l'extirpation a été considérée pendant longtemps comme une méthode d'exception, cela tenait, d'une part, à la crainte de faire une plaie étendue susceptible de devenir le point de départ d'un érysipèle ou d'une infection purulente, d'autre part et surtout à la crainte de l'hémorrhagie pendant l'opération.

Mettant en parallèle la méthode de l'extirpation avec celle des injections coagulantes, la plus communément employée, M. Richelot montre que si théoriquement la pratique des coagulations interstitielles paraît présenter quelques avantages, elle n'est pas exempte de dan-

gers et qu'elle échoue souvent. Deux observations très intéressantes viennent à l'appui de ces propositions.

Voici les conclusions du travail de M. Richelot, qui sera publié *in extenso* par l'UNION MÉDICALE :

« L'extirpation réussit dans les cas graves où le perchlorure de fer n'entre même pas en ligne de compte. Elle est bonne, *à fortiori*, dans les cas relativement simples où l'hémorrhagie est moins à craindre, où l'opération radicale tranche le mal à peu de frais et amène une prompte guérison, où, au contraire, les injections traînent en longueur, échouent quelquefois, laissent la porte ouverte aux récidives, parfois même produisent des accidents redoutables et sur lesquels le chirurgien n'a aucune prise. De telle façon que l'extirpation est ou la seule ressource, ou un moyen plus commode et plus efficace que les autres. »

« En présence de ces conclusions, dit M. le rapporteur en terminant, il m'est assez difficile de porter un jugement définitif sur la question posée par M. Richelot. Cependant les faits qu'il a publiés, d'une part, les nouvelles hardiesses de la chirurgie moderne, d'autre part, me feraient volontiers croire que le progrès est plutôt du côté de la méthode sanglante que du côté des méthodes coagulantes.

« Le travail de M. Richelot a donc un intérêt tout spécial.

« Aussi, je propose de voter des remerciements à l'auteur et de renvoyer les observations que son travail contient au comité de publication. »

M. VERNEUIL, dans le service duquel ont été recueillies les deux observations contenues dans le travail de M. Richelot, appuie, quoique avec certaines réserves, les conclusions de ce travail. Il déclare qu'à ses yeux l'extirpation constitue souvent une méthode excellente dans le traitement des tumeurs cirsoïdes, et cette pratique s'appuie sur ce fait nouveau mis en vive lumière dans la thèse si remarquable de M. le docteur Decès (de Reims), à savoir que la destruction par cautérisation ou extirpation de la partie centrale de la tumeur amène l'atrophie spontanée de tous les vaisseaux qui l'alimentent.

M. GUÉNIOT rappelle qu'il a publié, en 1868 (*Gazette des hôpitaux*, p. 153), une *Note sur un cas de tumeur cirsoïde artérielle traitée avec succès par l'ablation au bistouri.*

Le sujet de cette observation était un garçon boucher de 17 ans, ayant une tumeur cirsoïde du cuir chevelu sur laquelle un rebouteur, croyant qu'il s'agissait d'une loupe, avait appliqué un caustique. Il en était résulté une large eschare. Le malade entra dans le service de Broca. Au moment où M. Guéniot prit, comme remplaçant, le service de ce chirurgien, le détachement de l'eschare, sur le point de se faire, rendait imminente une hémorrhagie grave.

Cette hémorrhagie se fit, un matin, un peu avant l'heure de la visite. Le malade perdit rapidement environ 300 grammes de sang. M. Guéniot se décida, dès son arrivée, à pratiquer l'extirpation avec le bistouri. Malgré toutes les précautions prises contre l'hémorrhagie, il y eut un moment où M. Guéniot se vit débordé. Le sang affluait comme dans les hémorrhagies qui suivent certains accouchements. M. Guéniot alors, sans plus s'inquiéter de l'écoulement de sang, enleva rapidement la tumeur dans toute l'étendue possible, et fit la compression en appliquant la paume de la main sur la plaie; une vingtaine de ligatures arrêtèrent définitivement l'hémorrhagie, qui fut considérable. Ces ligatures ne se firent pas sans peine, à cause de la mobilité du cuir chevelu qui ne permettait pas de saisir facilement les artères. Cependant, malgré la perte du sang, la guérison était parfaite au bout de quinze jours.

M. Guéniot fait observer que les conclusions du travail de M. Richelot sont en contradiction avec celles adoptées par la Société de chirurgie à la suite d'une discussion qui eut lieu, il y a quelques années, sur le traitement des tumeurs cirsoïdes. La Société se prononça pour les injections coagulantes contre l'extirpation.

M. TRÉLAT dit qu'à l'époque où eut lieu cette discussion à la Société de chirurgie, une grande faveur s'attachait à la méthode des injections coagulantes qui étaient l'objet d'une sorte d'engouement, et qui avaient fait oublier la pratique des docteurs Decès père et fils de Reims.

M. Trélat a donné des soins à un individu qui avait un anévrysme cirsoïde occupant l'index, le médius et la paume de la main. Il se produisait des hémorrhagies à la moindre piqûre. M. Trélat se vit forcé de faire deux fois la ligature de l'humérale, puis l'amputation du bras. Aujourd'hui M. Trélat se déclare le partisan convaincu de la méthode de l'extirpation, qui produit généralement la guérison prompte des tumeurs cirsoïdes.

M. VERNEUIL, contrairement à ce qui est arrivé à M. Guéniot, n'a pas été inquiété par le sang dans les opérations de tumeurs cirsoïdes qu'il a eu occasion de pratiquer. Il a procédé lentement, centimètre par centimètre, avec le thermo-cautère. Au fur et à mesure qu'un vaisseau était ouvert, on appliquait dessus une pince à forcipressure. La base de la tumeur

était, d'ailleurs, comprimée avec le tube d'Esmarch. Grâce à l'emploi de ces divers moyens, l'hémorrhagie a été peu considérable, malgré l'énorme dilatation des artères temporales et occipitales qui, après l'opération, sont revenues, du reste, à leur calibre normal.

M. Tillaux a traité en ville une jeune fille qui avait une tumeur cirsoïde de la fesse. Il a enlevé cette tumeur au moyen du galvano-cautère. Suivant lui, quand une tumeur cirsoïde est ulcérée, il faut en pratiquer l'extirpation. Mais, lorsqu'il n'existe pas d'ulcération, l'ablation n'est pas le meilleur mode opératoire.

M. Tillaux rappelle qu'il a présenté à la Société de chirurgie un enfant à peine âgé de dix-huit jours, qu'il avait guéri d'une énorme tumeur artérielle de la nuque, ayant le volume d'une orange, par la cautérisation interstitielle au moyen du fer rouge, sans la moindre perte de sang. Il y a donc lieu, suivant lui, de catégoriser les cas, et d'appliquer à chaque groupe le traitement spécial qu'il comporte. Dans les cas où l'extirpation est applicable, on peut ne pas employer le bistouri; il est souvent préférable de recourir au thermo-cautère, ou mieux encore au galvano-cautère, à l'anse galvanique, et même à l'écraseur linéaire.

Après quelques mots de M. Desprès et une courte réponse de M. le rapporteur, les conclusions du rapport de M. Terrillon sont mises aux voix et adoptées.

M. Charles Monod a lu ensuite un remarquable rapport sur une observation adressée par M. le docteur Meyer, et relative à un cas de greffe cutanée pratiquée dans le but de combler une perte de substance produite par l'ablation d'un épithélioma de la paupière. Un lambeau de peau de 6 centimètres de large taillé sur la partie interne du bras de la malade et complètement détaché fut transplanté sur la plaie et fixé au moyen de douze points de suture. Le lambeau cutané s'est parfaitement greffé sur la plaie de la paupière, et l'ectropion a été ainsi prévenu.

M. Berger dit qu'il a fait, dans un cas d'ectropion, une autoplastie avec transplantation d'un lambeau de peau de 10 à 11 centimètres emprunté à l'épaule de la malade. Il y eut une rétraction considérable du lambeau, mais cette rétraction n'eut aucune conséquence fâcheuse sur le résultat définitif qui fut bon.

M. Le Dentu dit qu'il ne faudrait pas ériger la greffe cutanée en règle absolue de thérapeutique opératoire dans les cas d'ectropion. Pour sa part, il a eu l'occasion, dans certains cas, d'obtenir d'excellents résultats par la suture palpébrale, à la condition toutefois de faire de larges incisions libératrices.

Dr A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 22 au 28 juillet 1881.— Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,259. — Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 19.— Rougeole, 26. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 49. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 54. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 83. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchites aiguës, 14. — Pneumonie, 70. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 148; au sein et mixte, 100; inconnu, 9. —Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 127 ; circulatoire, 61; respiratoire, 53 ; digestif, 45 ; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 6. — Morts violentes, 56. — Causes non classées, 16.

Conclusions de la 30e semaine. — La mortalité générale reste fort élevée (1,259 décès), c'est manifestement l'effet des chaleurs de ce mois qui, comme toujours, ont durement éprouvé la première enfance ; ainsi que le démontrent les 254 décès par Athrepsie enfantine (souvent dite choléra, cholérine) au lieu de 60 à 80 pendant les températures modérées. Même influence funeste pour les centres nerveux prouvée par les décès nombreux par maladies Cérébro-spinales et Méningites.

De tout le cortège des maladies épidémiques, la Diphthérie est la seule qui reste menaçante, et soit plutôt croissante; les autres épidémies, encore notables, semblent pourtant décliner. La Diphthérie continue à présenter des noyaux remarquables par leur intensité; ainsi on verra 4 décès par Diphthérie en chacun des quartiers *Folie-Méricourt, Roquette, Maison-Blanche*, et même 5 dans celui de la *Chapelle*. En outre 8 cas nouveaux d'invasion de diphthérie me sont signalés dans le quartier *Sainte-Marguerite*, 4 invasions de même nature dans le quartier *Saint-Lambert*, avec 8 cas de Scarlatine. D'ailleurs il est bien remarquable que ces quartiers

paraissent être le siège habituel des plus grands sévices de la Diphthérie, ainsi ils ont été déjà signalés dans l'avant-dernière semaine (28e).

Nous donnons aujourd'hui un nouveau tableau des *services funèbres selon le cérémonial.* On verra la reproduction et par suite la constance des faits précédemment annoncés ; toujours même proportion et même un peu croissante d'enterrements civils, 1 enterrement civil pour 4 à 5 enterrements avec cérémonie religieuse ; ce qui présuppose que la population qui délaisse le culte est au moins le sixième de la population totale, c'est-à-dire plus de 300,000 habitants.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

# FORMULAIRE

## Vin de pepsine. — Liebreich.

On nettoie avec de l'eau froide un estomac frais de porc ou une caillette de bœuf. On râcle a muqueuse avec un os taillé en forme de couteau ; on prend 100 parties du mucus ainsi recueilli, et on le mélange soigneusement avec 50 parties de glycérine, diluée préalablement avec 50 parties d'eau distillée. A ce mélange introduit dans un grand flacon, on ajoute 1,000 parties d'un vin blanc généreux, et 5 parties d'acide chlorhydrique pur. On laisse macérer le mélange pendant 3 jours, à une température qui ne dépasse pas 20 degrés, en ayant soin d'agiter souvent. On filtre et on obtient ainsi un liquide limpide, jaunâtre, acidule, ayant la saveur du vin. — Ce vin est administré dans les cas où la pepsine est indiquée, à la dose de 1 à 5 grammes à la fois et à la dose de 15 grammes par jour. — N. G.

# COURRIER

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1882, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 11 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au jeudi 29 du même mois inclusivement.

Le Maté. — Mme de Sévigné, qui préférait Corneille à Racine, disait : « Racine passera comme le café ». — « Donc Racine ne passera pas », répliquaient les amateurs de café, si nombreux en France. Cependant il lui vient un rival à l'horizon.

Nous lisons dans la *Revue scientifique* l'éloge d'un liquide qui se boit généralement dans l'Amérique du Sud. Il est constitué par les feuilles d'un arbre originaire du Brésil et appartenant à la famille des ilicinées. Il remplace, pour les populations du Brésil, du Paraguay, du Chili, du Pérou, de la Bolivie, le thé et le café. On l'appelle le « maté ». Cette boisson est très substantielle, comme le passage suivant de la *Revue scientifique* tend à le prouver.

On voit, par exemple, des péons rester toute la journée sans manger ; mais ils boivent du maté en assez grande quantité. Diverses personnes, surtout dans les villes, font du maté *leur nourriture presque exclusive* ; le fait s'observerait surtout chez les femmes, qui arrivent à absorber chaque jour dix ou douze tasses de maté. Tous les auteurs qui se sont occupés du maté s'accordent pour signaler son emploi comme *aliment d'épargne,* capable de fournir à lui seul les éléments d'un travail prolongé.

Plus nutritif que le café, le maté est aussi moins énervant. Et surtout, il est moins cher.

Le maté bien préparé se vend aujourd'hui de 7 à 10 francs les 15 kilogrammes, rendu à Antonine, port d'embarquement du Parana, et chaque kilogramme peut fournir 40 litres d'infusion forte et amère, soit moins de 2 centimes pour un litre d'infusion.

En outre, le maté ne demande pas de frais de culture, et la préparation n'en est pas bien coûteuse. On ne s'étonnera donc point que la *Revue scientifique* préconise l'emploi d'une telle boisson pour le paysan, l'ouvrier et le soldat.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE MÉDICALE

**Hôpital de Lourcine.** — Service de M. GOUGUENHEIM.

## DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE (1);

Leçon recueillie par M. LEBRETON, interne du service.

### IV

*Diagnostic de la laryngite tuberculeuse.* — C'est surtout dans cette partie de notre étude que l'on reconnaîtra l'utilité de la classification que nous avons adoptée. Il est, en effet, impossible de faire le diagnostic de cette laryngite tuberculeuse en général avec toutes les maladies qui peuvent la simuler. Car ces maladies ne ressemblent pas également à toutes les formes de la laryngite. En somme, le diagnostic comprendrait deux points : 1° reconnaître si l'on a affaire à une laryngite généralisée ou circonscrite, bénigne ou grave ; l'examen laryngoscopique tranchera cette question; nous y avons assez insisté pour ne pas y revenir ; 2° faire le diagnostic de ces diverses formes avec les maladies qui peuvent s'en rapprocher ; c'est là le point sur lequel nous allons nous arrêter maintenant.

*A*. La laryngite tuberculeuse généralisée bénigne primitive peut être confondue avec une laryngite chronique catarrhale ou granuleuse et avec la laryngite syphilitique secondaire.

La *laryngite catarrhale chronique* succède le plus souvent à une laryngite aiguë tandis que la tuberculeuse se développe insidieusement avec alternatives d'exacerbation et de rémission. — Au point de vue laryngoscopique, la rougeur est plus uniformément répandue dans la laryngite catarrhale et n'affecte de prédilection pour aucun point. Dans la tuberculose, au contraire, il n'est pas rare d'observer une variabilité dans l'intensité des lésions et une prédilection pour certaines régions, comme la région aryténoïdienne, par exemple. — Quant à la coloration elle ne diffère en rien de celle de la laryngite tuberculeuse. Aussi le diagnostic est-il fort délicat lorsque rien

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 juillet et 2 août.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Qui n'a pas connu Alibert n'a pas connu l'un des hommes les plus aimables de ce siècle. Qui n'a pas entendu causer Alibert n'a pas entendu l'un des plus charmants causeurs de l'époque. Qui n'a pas assisté aux leçons d'Alibert ne peut se rendre compte de la facilité avec laquelle ce professeur maniait la parole, de l'abondance de ses improvisations, de l'élévation de son style, allant quelquefois jusqu'au lyrisme. Je ne sais qui, en effet, l'avait appelé « l'Homère du quinquina » et le « Virgile des dermatoses. » Ses écrits d'ailleurs reflétaient sa parole; le lire, c'était l'entendre, et dans son bel ouvrage sur les Maladies de la peau on retrouvait les célèbres leçons qu'il donnait sous les tilleuls de l'hôpital Saint-Louis, comme dans son Traité de matière médicale il avait fixé le récit de la découverte du quinquina que, tous les ans, il dramatisait dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Alibert était né dans le Rouergue et avait assez sensiblement conservé l'accent du pays, cependant dans la mesure où cet accent est plutôt un agrément qu'un défaut. Venu à Paris avec son camarade de collège, qui était son véritable contraste, une réelle antithèse, le philosophe La Romiguière, il se fit bientôt distinguer par son esprit naturel, par ses goûts littéraires et par le choix intelligent et délicat de ses relations. Pendant l'Empire et la Restauration, son hôtel de la rue de Varennes, n° 4, fut le rendez-vous, tous les dimanches, de tout ce que Paris possédait de distingué dans les sciences, les arts, la littérature, la diplomatie. Mais à ces déjeuners célèbres, il était interdit de parler politique. Aussi Alibert recevait-il des per-

dans l'état général ne permet le soupçon, comme la faiblesse du sujet, sa pâleur ou ses antécédents personnel ou héréditaire.

La *laryngite glanduleuse ou granuleuse*, beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a dit, présente comme la laryngite tuberculeuse une prédominance pour certaines régions, pour la région aryténoïdienne, par exemple. Mais dans cette dernière affection cette particularité est beaucoup moins prononcée, et ce qui facilite encore le diagnostic, c'est la différence de l'état général dans les deux maladies : dans la laryngite granuleuse, le voile du palais, le pharynx présentent des granulations caractéristiques et analogues à celles du larynx; on y trouve aussi des varicosités qui se dessinent sous la muqueuse. Dans la laryngite tuberculeuse, au contraire, les muqueuses susjacentes sont pâles, la toux est moins sèche, moins gutturale. Enfin la localisation aryténoïdienne de la laryngite tuberculeuse ne s'observe guère sans qu'il y ait en même temps un commencement de lésion pulmonaire.

La *larynyite syphilitique sccondaire* présente de grandes analogies avec la forme de laryngite tuberculeuse que nous étudions, mais à condition qu'il n'y ait pas de syphilides bucco-pharyngiennes. On pourra se guider sur l'état de l'épiglotte, si fréquemment atteinte dans la syphilis secondaire, tandis qu'elle est à peine intéressée et plutôt même très pâle dans la tuberculose bénigne. La laryngite syphilitique secondaire s'accompagne rapidement de tuméfaction, fait rare dans la forme de tuberculose en question et en tous cas peu prononcée. Les ulcérations superficielles sont communes dans la syphilis, rares dans la tuberculose, du moins dans cette forme; enfin le larynx syphilitique est très tolérant, tandis que la laryngite tuberculeuse détermine dès le début des troubles fonctionnels accentués.

*B*. La *laryngite tuberculeuse généralisée bénigne consécutive* peut être facilement reconnue grâce à la coïncidence de lésions pulmonaires. C'est dans ces cas que l'on a voulu faire jouer un rôle à la prétendue laryngite des tuberculeux; nous nous sommes déjà expliqué sur ce sujet. Dans toute laryngite chronique des tuberculeux, nous avons presque toujours vu le gonflement de la région aryténoïdienne et ce caractère laryngoscopique nous suffisait pour reconnaître la nature de la lésion. Il peut y avoir coïncidence de *syphi-*

---

sonnages de toute opinion. J'oubliais un de ses plus fidèles convives, à savoir une belle tortue qui, aussitôt que tout le monde avait pris place à table, venait avertir le maître de sa présence en se plaçant sur ses pieds.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, il y institua une clinique des dermatoses, où élèves et médecins de tous les pays venaient s'initier à la connaissance de ces maladies. De concert avec Bichat et Ribes, il fonda la Société médicale d'émulation, dont il resta longtemps le secrétaire et l'orateur officiel, et où il prononça quelques éloges trop vantés alors et peut-être trop oubliés aujourd'hui.

A la Restauration, il devint médecin ordinaire de Louis XVIII et puis de Charles X. Nommé à la chaire de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de Paris, Alibert y fit montre de toutes ses qualités, mais aussi de tous ses défauts. Ses qualités étaient la facilité, l'abondance, la trouvaille de mots heureux et piquants qui mettaient l'assistance et lui-même en bonne humeur; ses défauts, c'étaient la recherche visible de l'esprit, des images, des tropes, un ton solennel hors de propos et un lyrisme qui n'avait aucune raison d'être.

J'emprunte à Isidore Bourdon quelques lignes qu'il a consacrées à Alibert et qui me paraissent remarquables de justice et de justesse :

« Il professait sans gravité, mais sa parole avait du charme et le son de sa voix était enchanteur... Bien que méditatif et distrait jusqu'à l'excès, Alibert fut constamment un des plus fervents apôtres de la mode. S'il apprenait qu'à la cour on eût accueilli un jeune poëte, vanté ses vers, lu ses ouvrages, dès le lendemain, l'heureux auteur recevait ses invitations ou sa visite. A ses déjeuners, on était certain de rencontrer les plus jeunes muses, les voyageurs récemment débarqués, les poëtes lauréats, les avocats et les jeunes orateurs dont les premiers débuts étaient applaudis, et même les actrices et acteurs en vogue; c'était là la brillante

*lis* et de tuberculose; nous renvoyons à ce que nous avons dit tout à l'heure pour distinguer la nature de la laryngite dans ce cas.

*C.* La laryngite tuberculeuse généralisée grave sera surtout confondue avec la *laryngite syphilitique secondaire* quand celle-ci s'accompagne de tuméfaction considérable ; mais la ressemblance n'existe qu'au point de vue de l'examen laryngoscopique, car les troubles fonctionnels sont bien plus considérables chez le tuberculeux, qui ne peut ni déglutir, ni respirer facilement; jamais, dans la syphilis secondaire, les troubles ne sont accentués à ce point, jamais aussi on ne trouve dans la maladie vénérienne un état général aussi fâcheux que dans la diathèse tuberculeuse, et cette différence peut servir de point de diagnostic même quand la laryngite syphilitique secondaire est déjà ancienne et se rapproche de la forme tertiaire, c'est-à-dire quand les tissus tuméfiés ont déja subi une organisation plus avancée. Du reste, quand la tuberculose envahit le larynx suivant ce mode, elle produit rapidement des ulcérations étendues. Chez le syphilitique, les ulcérations sont bien plus discrètes et moins douloureuses.

La *laryngite chronique* avec épaississement et rétrécissement n'amène que des troubles locaux et rien ne ressemble moins à l'état général des tuberculeux que la parfaite santé dont jouit cet ordre de malades.

*D.* Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la forme généralisée grave secondaire, les lésions tuberculeuses avancées des poumons coïncidents, ne laissent pas le moindre doute sur la nature de la laryngite.

*E.* La laryngite tuberculeuse circonscrite bénigne ne peut guère être confondue qu'avec la laryngite syphilitique, aussi bien avec la laryngite secondaire qu'avec la tertiaire.

Dans la laryngite secondaire, l'épiglotte peut être envahie isolément et se développer outre mesure, l'altération peut même être latente. Jamais dans la tuberculose cet opercule ne prend un pareil développement sans amener les troubles fonctionnels décrits plus haut; de plus, dans la tuberculose, le gonflement de l'opercule n'est pas isolé et s'accompagne de la tuméfaction d'autres parties de l'organe, il n'y a donc dans ce cas qu'une analogie de forme

---

contre-partie de ses cours de l'hôpital Saint-Louis : là, l'esprit, les arts et le luxe; ici, les misères et les souffrances. Après le déjeuner venaient des lectures, puis la comédie. Son petit théâtre de la rue de Varennes avait ordinairement pour principaux ordonnateurs l'actrice M<sup>lle</sup> Fleury et le célèbre Marchangy, avocat général. Puis, quand vint à régner Charles X, des sermons remplacèrent le spectacle. Cependant le déjeuner du dimanche persévéra.

« Ses cabinets de consultations, qui ne s'ouvraient que deux fois la semaine, semblaient une succursale du Jardin des plantes. On voyait là des volières qui mettaient à contribution toutes les régions du globe, des collections magnifiques de papillons et d'insectes, les peintures célèbres de Redouté, représentant les plus belles fleurs, et, à côté de cela, les planches de son grand ouvrage représentant les plus affreuses dermatoses. Alibert a toujours aimé les antithèses et les contrastes, mais il sanctifiait ce luxe et cette frivolité par de bonnes actions. Il paraît certain qu'il fut un des hommes les plus bienfaisants de son époque. Sa bienveillance était devenue proverbiale, et tels étaient l'aménité de son accueil, le charme de son entretien, qu'il suffisait de l'avoir entendu et abordé une ou deux fois pour rester à jamais sympathique à sa personne. Son style de tous les jours, son style sans apprêt, avait aussi beaucoup de naturel, bien qu'un peu verbeux et trop orné. »

Je ne crois pas qu'Alibert ait manqué une seule année à chanter, dans son cours à la Faculté, l'histoire de la découverte des propriétés du quinquina. Et avec quel enthousiasme! Sous quelle forme poétique! Il me semble l'entendre encore rappeler que la comtesse *del Chinchon*, femme du vice-roi de Lima, atteinte d'une grave maladie, fut guérie par l'emploi de l'écorce péruvienne dont les R. P. jésuites avaient appris à son médecin les merveilleuses propriétés. Aussitôt de retour en Europe, la comtesse del Chinchon s'empresse de faire connaître la guérison qu'elle devait à l'infusion de l'écorce de cette plante de la famille des rubiacées, et les jésuites aidant, malgré l'opposition de la Faculté, le quinquina prit dans la thérapeutique un

très incomplète. Il en est de même de la tuméfaction de la région aryténoïdienne chez le tuberculeux, fait qui peut se rencontrer aussi chez le syphilitique secondaire, mais sans amener de troubles fonctionnels masqués comme chez le premier : chez le tuberculeux, c'est assez souvent une tuméfaction pâle, couleur que n'affecte pas le gonflement de la vérole.

C'est quand la lésion siège au niveau des cordes vocales supérieures ou inférieures que la confusion est possible entre la tuberculose et la syphilis tertiaire. Mais chez le tuberculeux, les cordes vocales supérieures présentent une rougeur bien plus sombre, la tuméfaction marche moins rapidement que dans le cas de syphilis tertiaire : les ulcérations sont moins profondes, mais plus étendues, à bords plus décollés, moins taillés à pic : les végétations sont plus précoces, plus confluentes, plus blanches que chez le syphilitique où elles sont plus discrètes et plus colorées.

La nature des lésions des cordes vocales inférieures est très difficile à distinguer, avant l'ulcération surtout. Dans la vérole, celle-ci se trouve à la face supérieure et succède habituellement à une petite tumeur, l'ulcère tuberculeux débute surtout par les bords, il peut siéger très souvent à la commissure postérieure, il est plus étendu et moins excavé que chez le syphilitique. Souvent l'ulcération tuberculeuse se recouvre de végétations confluentes, grisâtres, pouvant prendre des dimensions énormes, mais n'ayant pas de tendance à adhérer entre elles. Cette tendance se rencontre au contraire fréquemment chez le syphilitique et l'expose au danger de l'atrésie par adhérence, danger qu'on n'a pas à craindre chez le tuberculeux. A une période plus avancée l'ulcération donne chez ce dernier au bord de la corde vocale l'aspect d'une scie, l'ulcération vénérienne est au contraire plus concentrée et moins crénelée; on voit que ce diagnostic repose sur des points délicats. Il devient parfois tellement difficile que le traitement seul peut juger la question, et c'est à l'iodure de potassium qu'il faut s'adresser.

*F.* Il n'en est pas de même de la *laryngite circonscrite consécutive;* la coïncidence avec la tuberculose pulmonaire donne un renseignement important et ne permet que rarement l'hésitation au clinicien; dans ce cas, du reste, la région le plus fréquemment intéressée est la région aryténoïdienne.

---

rang dont il n'a pas été dépossédé, grâce surtout à la découverte de son alcaloïde faite par Pelletier et Caventou.

Alibert a publié un grand nombre d'ouvrages. Je crains bien que les jeunes confrères et même les médecins d'âge moyen qui me font l'honneur de me lire, n'aient jamais jeté les yeux sur les ouvrages dont je vais me permettre de faire l'énumération :

1° *Traité des fièvres intermittentes pernicieuses.* — Commentaire et développement de sa thèse inaugurale. Excellente monographie, qui a eu quatre éditions.

2° *Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint-Louis.* In-folio, enrichi de 500 planches gravées et coloriées.

3° *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 2 volumes in-8°.

4° *Éloges académiques* de Spallanzani, de Galvani et de Roussel, volume terminé par un discours sur les rapports de la médecine avec les sciences physiques et morales.

5° *Éléments de thérapeutique et de matière médicale*; 3e édition ; 3 vol. in-8° ; 1826.

6° *Physiologie des passions*, ou *Nouvelle Doctrine des sentiments moraux*; 4 volumes in-8° ; 2e édition ; 1837.

7° *Précis sur les eaux minérales*; in-8°; 1826. Ouvrage dans lequel Alibert a fait preuve de trop de confiance à l'égard de ceux qui lui fournissaient des notes.

8° *Nosologie naturelle*, ou *Maladies du corps humain classées par familles* ; in-4°, dont la première partie seule a paru.

9° *Monographie des dermatoses*; 2e édition, modifiée et rajeunie du *Précis théorique et pratique*, en 2 vol.

Alibert supporta assez philosophiquement, du moins en apparence, les conséquences de la

*G*. La *forme circonscrite grave* est caractérisée, avons-nous dit, par une exagération de la tuméfaction des cordes vocales supérieures ou par une grande rapidité du travail ulcératif, enfin par une tendance rare, il est vrai, à l'adduction forcée des cordes vocales inférieures. Dans la syphilis, une tumeur des cordes vocales supérieures peut aussi oblitérer le larynx; mais ce fait se produit bien plus rapidement, l'ulcération n'a pas le temps de se produire, en raison de l'imminence de l'asphyxie, il n'en est pas de même dans la tuberculose. Quand il ne s'agit que d'un travail ulcératif profond, le diagnostic se base surtout sur la région envahie et les signes concomitants. Chez le syphilitique, par exemple, l'épiglotte peut être détruite en totalité sans que les régions voisines soient envahies, ce qui ne se rencontre jamais chez le tuberculeux. — Chez celui-ci l'état général devient rapidement alarmant; dans la vérole il se maintient et reste relativement bon et l'on peut rencontrer au pharynx des ulcérations serpigineuses qui viendront éclairer le diagnostic.

Quand il y a défaut d'écartement des cordes vocales inférieures, ce fait résulte d'une adhérence entre les deux cordes, chez le syphilitique; chez le tuberculeux, cette adhérence ne se produit pas, cette apparence est le résultat d'une paralysie des dilatateurs de la glotte par une compression des nerfs, comme nous en avons observé dans notre service un exemple frappant. Nous avions cru tout d'abord à une adhérence, l'autopsie nous démontra notre erreur; il est vrai que le traitement local, la trachéotomie, est nécessaire dans l'un et l'autre cas.

*H*. Nous dirons de la forme grave conséoutive ce que nous avons déjà dit de la forme bénigne. Il faudrait un examen bieu superficiel pour en méconnaître l'existence et pour faire une erreur de diagnostic, puisque les poumons sont envahis par la néoplasie et que le malade est déjà en état de phthisie.

Ce que nous avons dit des formes de la laryngite tuberculeuse et de leur marche nous évitera de parler du *pronostic* qui sera facile à porter quand le diagnostic de la forme aura été posé.

La *Thérapeutique* de la laryngite tuberculeuse forme une partie importante

---

Révolution de 1830. Comme l'archiâtre Portal, il ne revendiqua pas le titre et les fonctions de médecin ordinaire du nouveau souverain. — Cher confrère monsieur Marc, disait Portal à celui que Louis-Philippe venait de nommer son médecin, laissez-moi le titre de premier médecin du roi, je vous promets la survivance. — Mais, vénéré maître, baron Portal, vous êtes immortel, lui répondit spirituellement Marc.

Alibert n'eut pas cette faiblesse. Pour se consoler des évènements qui lui enlevaient ou qui amoindrissaient une magnifique situation, il se consola en publiant de nouvelles éditions corrigées de ses ouvrages. Une sorte de mystère régna et règne encore sur la cause de sa mort subite, survenue le 6 novembre 1837. On parla beaucoup d'une aventure tragique qui lui serait arrivée dans une maison de campagne près Paris, et, à l'exemple d'un vieux juge d'instruction de cette époque, on ne manquait pas de répéter : Cherchez la femme.

***

Le lecteur s'est-il aperçu que, dans cette longue et cependant rapide énumération, j'ai oublié le professeur d'hygiène, le docteur Bertin, que M. de Frayssinous avait nommé à la chaire d'hygiène, dont il avait fait descendre le populaire Desgenettes? Aussi les élèves ne voulurent jamais l'entendre, et toutes les fois qu'il entrait dans l'amphithéâtre, c'étaient des cris, des sifflets, des hurlements, que le grand âge et l'air respectable du malheureux professeur ne purent jamais conjurer.

***

Tel était, si ma mémoire a été fidèle et si mes renseignements ont été exacts, l'enseignement officiel de la Faculté de Paris en 1826. Mais, à côté de cet enseignement officiel, un enseignement officieux, c'est-à-dire libre, attirait un nombreux concours d'élèves dans ces sales et immondes taudis qu'on appelait les amphithéâtres de l'École pratique. C'est là que

de notre étude et nous nous y étendrons avec quelque détail. Elle comprend le *traitement général* et le *traitement local.*

Ce dernier peut être *curatif* ou *palliatif.*

(*La fin au prochain numéro.*)

## Congrès médical international

Londres, 4 août 1881.

Mon cher rédacteur en chef,

Le 7e Congrès médical international, tenu à Londres cette année, a réuni un nombre de membres beaucoup plus considérable que ceux qui l'ont précédé, car ce nombre dépasse 2,000 de plusieurs centaines. Nous remarquons parmi les délégués officiels des confrères venus de la République Argentine, de l'Autriche-Hongrie, de Belgique, du Brésil, d'Égypte, d'Allemagne, d'Italie, de Hollande, de Roumanie, de Russie, d'Espagne, de Suède et Norwège, de Suisse, des Etats-Unis d'Amérique, etc. Le gouvernement français est dignement représenté par M. Pasteur, le ministère de la guerre par les professeurs Gaujet et Poncet, le ministère de l'agriculture et du commerce par le docteur A. Fauvel, de l'Académie de médecine ; le ministère de l'instruction publique, embarrassé sans doute de choisir entre les professeurs de la Faculté de médecine, a délégué le docteur Worms. Notre corps enseignant compte néanmoins à Londres parmi ses membres : MM. Lasègue, Verneuil, Ball, Trélat, Parrot, Panas, Bouchard, Charcot, Hardy, Alfred Fournier, etc. Les agrégés comptent : MM. Tarnier, Lancereaux, Hallopeau, Budin, Lecorché, Bouchut, Cornil, Pozzi ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux MM. Dujardin-Beaumetz, Archambault, Bucquoy, Féréol, Gouguenheim, Hillairet, Huchard, Luys, Martineau, Lucas-Championnière, etc.

La réception des membres étrangers du Congrès par le comité d'organisation eut lieu dans l'après-midi de mardi dans la salle du College des médecins. Vous savez ce dont il s'agit : présentation par les membres qui se connaissent à ceux qu'ils désirent connaître ; reconnaissance de confrères ou d'anciens camarades dont on est séparé depuis plus ou moins longtemps; causeries d'affaires et autres; consommation de rafraîchissements offerts par le Comité, etc. C'est toujours la même chose. Le mercredi à 11 heures, grande séanee d'ouverture dans Saint-James Great Hall. Cette salle, totalement dépourvue d'ornements et trop grande pour que l'acoustique y soit bonne, est un vaste rectangle garni de banquettes : au fond, les membres du bureau et les grands dignitaires du Congrès, et au-dessus d'eux, un orgue pour servir à l'occasion dans les concerts.

S. A. R. le prince de Galles assiste à la séance, qui est ouverte par un discours de bienve-

---

Blandin donnait un cours fort suivi d'anatomie descriptive, où ne manquait jamais d'assister un célèbre mais peu bienveillant critique de l'époque, Gustave Planche, de la *Revue des Deux Mondes*. A côté, Gerdy donnait avec éclat un cours de physiologie qui avait Sainte-Beuve pour auditeur assidu. Au cours de botanique d'Achille Richard, les élèves accouraient en foule. A l'hôpital de la Pitié, Lisfranc, malgré ses excentricités, attirait une nombreuse assistance. Les cours périodiques d'accouchements donnés par Félix Hatin, Maygrier et quelques autres étaient également très suivis. C'est par son enseignement particulier qu'Amussat, n'appartenant ni à la Faculté ni aux hôpitaux, arriva rapidement à une notoriété fructueuse. Il n'avait pas encore reçu le bonnet doctoral, qu'aussitôt fut élu membre de l'Académie de médecine M. J. Cloquet, le seul survivant de tous ceux que je viens de passer en revue et qui donnait des cours d'anatomie et de chirurgie à l'École pratique. Je termine par le souvenir d'un des cours libres les plus retentissants et les plus suivis, celui que Rostan donnait à la Salpêtrière, à l'infirmerie de cet hospice si éloigné, où professeur et élèves n'avaient à leur disposition que des malades femmes, employées de l'établissement et dans la saison la plus rigoureuse de l'année.

Dr SIMPLICE.

*P. S.* — J'ai reçu la lettre suivante que je publie avec plaisir :

Château-d'Oleron (Charente-Inférieure), 26 juillet 1881.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu avec une vive émotion les lignes que vous consacrez, dans votre excellent journal, au si regretté Maurice Raynaud. Mais les discours prononcés sur sa tombe, loin de ressembler aux oraisons de même sorte, qui ne semblent le plus souvent faites que pour exagérer les mérites du mort, ici, n'arrivent certainement pas à les exprimer tout entiers. Les paroles

nue de sir William Jenner, président du College des médecins, et président du Comité général.

M. Mac Cormac, secrétaire général honoraire, a rendu compte des travaux du Comité pour organiser le Congrès. Il adresse ses remerciements à tous ceux qui l'ont aidé dans ce travail si important, membres du Gouvernement, collègues, grandes compagnies, et aux confrères étrangers qui ont bien voulu accepter l'invitation du Comité.

Sir J. Risdon Bennett, président du comité exécutif, dans un discours mi-parti anglais, mi-parti français, nous souhaite également la bienvenue, et propose de ratifier la constitution du Congrès telle qu'elle est, et l'élection des dignitaires. M. Donders, président du Congrès d'Amsterdam en 1879, prend la parole en anglais et appuie la proposition du président du comité exécutif.

S. A. R. le prince de Galles s'est alors levé, et avec la bonne grâce qui le caractérise (ceci dit sans le moindre compliment, bien que ce soit une phrase toute faite), a lu un petit discours, également en anglais, prononcé de manière à être facilement compris des étrangers qui savaient tant soit peu cette langue, et qui était un acte de louange en faveur des services que rendent chaque jour la médecine et les médecins. « Je considère, a-t-il dit en terminant, que chaque progrès fait par la médecine est une conquête de plus pour le bonheur de l'humanité. »

Le prince de Galles est très aimé en Angleterre et non moins en France, comme on le sait, et ce sentiment général se comprenait facilement en voyant son air simple, affable, et dépourvu de cette morgue qui passe pour être l'apanage de l'aristocratie anglaise.

Pour terminer cette séance, le président du Congrès, sir James Paget, a prononcé un long discours inaugural sur les tendances actuelles de la médecine et de la chirurgie. Les progrès accomplis dans ces dernières années n'ont pas été oubliés, et la théorie des germes a été signalée avec tous les honneurs qui lui étaient dus. Des applaudissements unanimes ont accueilli le nom de Pasteur, que M. Paget a salué pour le mieux désigner à l'attention des assistants.

Toute cette séance a donc eu lieu en anglais, ce qui n'était pas très commode pour les étrangers peu habitués à la prononciation de la langue anglaise, surtout, comme je l'ai déjà dit, en raison de l'immensité de la salle. M. Risdon Bennett a fait à notre langue l'honneur de la parler pendant quelques minutes, et comme si le *Deus ex machinâ* avait arrangé les choses, c'est justement à ce moment que le Prince Impérial de Prusse est entré, fort en retard, dans la salle.

A trois heures, on s'est réuni dans les sections pour approuver la constitution des bureaux, et le président de chaque section a prononcé un discours inaugural dont je vous indiquerai le

---

de M. Peter, dédiées au savant, n'insistent pas assez, et l'adieu de M. Féréol, si ému, si cordial, si éloquemment simple, que je l'ai lu presque en pleurant, consacré à l'homme, ne pouvait jamais en dire assez.

Ancien élève de ce maître de tous les courages et de toutes les bontés, laissez-moi payer un léger tribut à sa mémoire en divulguant, maintenant qu'il est mort, un trait dont j'ai été témoin.

C'était en 1875, à la consultation de Lariboisière; pas de places et affluence de malades. Dans ces cas-là, qui se reproduisaient souvent, Raynaud était plus que perplexe, il semblait véritablement malheureux, et je suis sûr que, si l'hôpital eût été sa propre maison, il eût invariablement reçu tous ceux qui se présentaient.....

Mais passons. Une jeune femme s'avance qui ne paraît point malade, mais elle a été renvoyée de l'atelier le matin; elle n'a pas un sou vaillant; elle supplie qu'on l'admette; elle représente qu'elle n'a pour abri que la rue; elle s'effraie de cette solitude. — Bref, cela paraît à notre chef n'être encore que la misère. Cette femme est jeune, seule, sans ressources et désespérée : la rue qui va la prendre ne la lâchera peut-être plus.....

Alors Raynaud, avec une délicatesse exquise, plonge sa main au fond de sa poche, y prend..... — placé à côté de lui, je vis un louis de 20 francs briller entre ses doigts — et, adressant la parole avec douceur à la malheureuse, lui dit non plus l' « allez en paix » de la parole évangélique, qui révèle trop, chez le chrétien, la divine insouciance des choses terrestres, non, mais, songeant à la dureté du temps, et faisant semblant d'attribuer au corps l'aumône qu'il faisait à l'âme : « Allez maintenant, ma pauvre femme, et cherchez du travail bien vite. » Et elle sortit non pas humiliée, mais heureuse.

C'était, — sans phrases, — la charité venant au secours de la vertu.

Je serais bien heureux, Monsieur le rédacteur, si vous jugiez à propos de faire connaître ce trait à vos lecteurs. Ce serait, en même temps, m'aider à m'acquitter, dans une faible mesure, de la dette de reconnaissance que j'ai contractée vis-à-vis de notre si regretté maître.

En attendant, et m'en rapportant à votre appréciation, je vous prie d'agréer, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments respectueux et confraternels.

D[r] E. Pineau.

sujet dans ma prochaine lettre. Naturellement dépourvu du don d'ubiquité, ce qui me serait cependant indispensable dans les circonstances présentes, je ne pourrai assister aux séances des quinze sections du Congrès. Néanmoins, je pourrai réunir les matériaux nécessaires pour tenir nos lecteurs au courant des choses plus ou moins grandes qui s'y feront.

Permettez-moi maintenant de vous communiquer deux réflexions, qui me sont suggérées par des paroles qui se croisaient çà et là et que j'ai condensées tant bien que mal.

Chacun sait que, dans les Congrès internationaux, diplomatiques ou administratifs, une seule langue est adoptée, la langue française. Lorsque le premier Congrès médical international a été organisé, il a été convenu que la langue française serait la langue officielle, et le volume des Comptes rendus du Congrès de Paris a été rédigé en français. Il en a été de même à Florence et au Congrès de Suède. A Vienne, l'allemand a été déjà assez largement représenté, et bien qu'à Bruxelles et à Amsterdam le français ait encore été employé dans l'immense majorité des communications, quelques-unes néanmoins ont été faites encore en allemand. A Londres, l'anglais est conservé par tous les Anglais, l'allemand par les Allemands, quelques Français même, qui ne sont pas trop fâchés de faire voir qu'ils savent l'anglais, prennent la parole dans cette langue, les médecins des autres pays choisissent entre l'anglais, le français et l'allemand, de sorte que le Congrès est non plus international, mais une réunion de Congrès où les membres de chaque nation se rendront lorsqu'un de ses représentants prendra la parole, pour s'en aller dès que le représentant d'une autre nation lui succédera. L'expression de tour de Babel a été prononcée assez souvent hier pour que je ne l'aie pas oubliée, et pour qu'on ne se méprenne pas sur sa signification.

Cette dissémination des membres du Congrès s'est d'ailleurs nettement manifestée dès la première séance générale. Le nom de Virchow avait attiré des auditeurs de tous les pays pour entendre sa conférence sur la valeur de l'expérimentation en médecine. Dès qu'on eut entendu la première phrase et qu'on eut compris que l'orateur s'exprimait en allemand, de nombreux vides se sont faits dans l'assistance, et il n'y est resté que nos confrères allemands et quelques Anglais. Il est à craindre que la même chose se reproduise ce soir, en sens inverse, à l'occasion de la lecture du discours de Maurice Raynaud par M. Féréol. Seulement on sait que ce discours sera lu en français, ce qui évitera toute déception.

Il est donc de toute nécessité qu'une seule langue soit adoptée dans les actes officiels des Congrès internationaux, non pas pour faciliter les relations, point de vue qui a cependant bien son prix, mais pour éviter ces sortes de manifestations querelleuses de nation à nation qui sont hors de saison dans tous les Congrès, mais plus encore lorsque les Congrès réunissent un aussi grand nombre de membres et qu'ils ont la prétention d'être purement scientifiques.

La seconde réflexion a trait à la composition des bureaux, composés exclusivement de médecins anglais. On m'a fait remarquer qu'il serait au moins convenable que les secrétaires fussent de différentes nationalités, à moins de savoir toutes les langues parlées au Congrès, ce qui n'est pas le cas. Je trouve la réflexion juste et je vous la communique. Toutefois, la tâche de secrétaire est en général si pénible et si ennuyeuse que, pour ma part, je pense plutôt que les étrangers doivent savoir gré à leurs jeunes confrères anglais de l'avoir conservée tout entière pour eux.

Veuillez agréer, etc.

L.-H. PETIT.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente une note de M. H. Toussaint sur un procédé nouveau de vaccination du choléra des poules.

« Tout le monde connaît les beaux travaux de M. Pasteur sur le choléra des poules. Chacun sait aujourd'hui comment ce maître, par l'action continue de l'oxygène, est arrivé à déterminer dans le virus si meurtrier de cette maladie des effets d'atténuation, permettant de donner aux animaux l'immunité.

Il me paraît que les expériences suivantes montrent que l'atténuation de ce virus peut être obtenue dans d'autres conditions.

Il y a trois ans, le 8 juillet 1878, j'avais l'honneur de présenter à l'Académie l'observation d'une maladie à microbes, que j'assimilais à celle qu'a étudiée M. Davaine en 1864 et 1865, en la différentiant du charbon, et que MM. Leplat et Jaillard avaient prise pour le sang de rate.

Au mois d'octobre 1878, je faisais connaissance avec le choléra des poules et déjà, dans ma pensée, j'assimilais cette maladie avec celle que j'avais observée dans mes expériences des premiers mois de l'année. Les microbes de ces deux affections avaient une ressemblance par-

faite et se comportaient, vis-à-vis du lapin, de la même façon. J'avais même envoyé, en 1879, à M. Bouley, deux notes dans lesquelles je faisais ressortir les analogies qui existent entre les parasites de ces deux maladies et les lésions qu'elles déterminent non seulement sur le lapin, mais aussi sur les pigeons et les poules.

Des expériences de même nature, faites à la fin de 1879 et en 1880, me déterminèrent à publier la note insérée à la page 301, tome XCI des *Comptes rendus*, séance du 2 août, sous le titre : *Identité de la septicémie expérimentale aiguë et du choléra des poules*. Je résumais dans cette note les faits de cinq séries d'expériences qui m'avaient démontré qu'on pouvait donner lieu à la manifestation du choléra des poules, en inoculant le microbe de la septicémie.

De nouveaux faits viennent confirmer ces résultats. Je viens de faire deux séries d'expériences : l'une avec du sang charbonneux qui m'avait été envoyé des Vosges; l'autre avec un lapin mort très rapidement à la suite d'une inoculation de sang extrait depuis vingt heures d'une vache tuberculeuse.

Les lapins inoculés avec le sang charbonneux sont morts en sept ou huit heures de la septicémie. Ce sang charbonneux altéré renfermait un microbe exactement semblable à celui du choléra des poules. Inoculé à des pigeons, il les a tués d'abord en quatre ou cinq jours, puis en trois jours, enfin en deux ou un jour. Inoculé du pigeon aux poules, on a obtenu les mêmes résultats, c'est-à-dire que la première poule est morte le quatrième ou le cinquième jour et les autres successivement en trois, deux et un jour.

Au moment où j'ait fait ces expériences, j'ai pu exactement comparer les lésions du choléra de ces poules avec celles qui résultent de l'inoculation.

J'avais prié M. Pasteur de m'envoyer le microbe de cette maladie, et je dois dire que l'observation la plus minutieuse ne peut établir aucune différence dans les symptômes, les lésions de la peau, des muscles et du sang ni dans les cultures de ces parasites. Ces expériences sur le choléra et sur la septicémie ont été faites dans deux locaux et avec des instruments spéciaux pour chacune.

J'eus alors l'idée d'inoculer directement aux poules le sang des lapins morts de septicémie. Les résultats furent ceux d'un virus atténué : lésions légères de la peau et du tissu conjonctif sous-jacent; quelquefois une très petite altération des fibres musculaires, mais dans tous les cas les poules guérirent et furent réfractaires à l'inoculation du choléra. Les cultures du sang de lapin septicémique agissent de la même façon : c'est à peine si, dans ce cas, l'inoculation détermine chez les poules une légère cicatrice de la peau, arrondie et régulière comme si on l'avait faite à l'emporte-pièce.

Avec cette variété de septicémie du lapin, on pourrait donc faire un vaccin pratique qui permettrait d'arrêter les épizooties si graves que l'on observe si souvent sur les oiseaux de basse-cour. Il suffirait, pour éviter toute dépréciation, d'inoculer les animaux à l'extrémité de l'aile.

Lorsque la septicémie a tué la poule après avoir passé par le pigeon, ses propriétés très-virulentes pour ces deux espèces se conservent même après l'inoculation au lapin.

Les causes déterminantes des épidémies de choléra des poules sont encore inconnues. On a supposé que les matières en putréfaction pouvaient leur donner naissance, et c'est ce qui a conduit à conseiller des mesures de propreté et de désinfection. Le microbe qui a tué la première poule dans une épidémie est, certainement, venu d'une génération antérieure qui en avait tué d'autres, mais comment s'est-il perpétué ? Les faits qui démontrent le développement de la septicémie dans des matières en voie de putréfaction ne jettent-ils pas quelques clartés sur cette étiologie ? N'est-il pas admissible que les poules trouvent les conditions de leur infestation par le choléra dans les matières organiques en voie de putréfaction, qui peuvent servir de milieu de culture aux germes de la septicémie que l'air tient en suspension avec ceux de la putréfaction même ?

Je me borne aujourd'hui à formuler cette hypothèse, que je me propose de vérifier expérimentalement. »

M. E. Renou communique une note sur la température extraordinaire de juillet 1881.

« Depuis ma note de lundi dernier, il s'est produit autour de Paris une température tout à fait extraordinaire : nous avons eu, le 19 juillet, à l'observatoire du Parc, 38°.4. Ce maximum mérite qu'on s'y arrête et qu'on insiste sur la manière dont il a été obtenu.

Dès 10 heures du matin, une température de 33° indiquait un maximum très élevé, vers 3 heures. J'envoyai mon premier aide, M. Cœurdevache, sur le plateau, à l'est du parc, à 1 kilomètre à l'est de Chennevières, à l'altitude de 109$^m$ (état-major). Les observations y ont été faites au thermomètre-fronde, à l'ombre d'ormes qui bordent la route.

A l'observatoire, j'ai suivi pendant plusieurs heures la progression de la température d'une manière presque continue. La température la plus élevée a été lue directement à 2 heures 40$^m$; elle a atteint 38°,4 sous l'abri formé de toiles cirées, sans arbres. Le thermomètre-fronde a donné exactement le même chiffre. A l'ancien observatoire, où les observations ont été faites

pendant sept ans, de juin 1873 à juin 1880, le maximum, au thermomètre à maximum à bulle d'air, a été également 38°,4. J'ai vérifié mon thermomètre-fronde ces jours derniers, à 31°-32°, au moyen de deux étalons à échelle arbitraire de construction ancienne.

Un thermomètre à boule noircie, de $0^m,01$ de diamètre, placé dans un globe de verre plein d'air, de $0^m,10$ de diamètre, au haut de la tourelle, à $12^m$ au-dessus du sol, a marqué, à 2 heures, 52°,1, celle de l'air à l'ombre étant, en bas, 37°,2.

M. Cœurdevache a trouvé sur le plateau le maximum 37°,9 à 2 heures $45^m$; ainsi 0°,5 de moins qu'à l'observatoire pour une élévation plus grande de $60^m$. C'est exactement ce qu'on trouve à pareille heure dans les temps chauds de l'été.

Le vent de nord-est, faible le matin, a passé sud dès 10 heures et est devenu modéré dans la journée. Les nuages, qui se voyaient isolément et au loin dès le matin, ont occupé la moitié du ciel dès 2 heures; c'étaient des cumulus venant les uns sud-sud-ouest, les autres sud-ouest. A 3 heures, le ciel était orageux à l'horizon, surtout au nord-ouest. Le vent a passé tout à coup, à cette heure, au nord-ouest modéré; une poussière considérable a alors couvert la campagne; bientôt on a entendu le tonnerre. Il a plu de 4 heures à 5 heures, mais il n'est tombé que $2^{mm},7$ d'eau ($3^{mm},0$ à l'ancien observatoire). A 5 heures, la température était tombée à 21°,6; elle s'était donc abaissée de près de 17° en quelques heures. Le soir, le ciel s'est éclairci et le vent est revenu au nord-est. Le baromètre a baissé de quelques millimètres au-dessous de la moyenne.

La température s'est donc élevée d'une manière incontestable à 38°,4, c'est-à-dire à un degré qu'on n'a jamais éprouvé à Alger, aux Antilles et à Cayenne.

Dans des positions différentes, on a pu obtenir des chiffres différents. Dans beaucoup de rues de Paris, comme dans les endroits à l'abri du soleil et du vent, on a pu trouver moins. Dans les bas-fonds, on aurait trouvé davantage. C'est ce que nous avons constaté à l'observatoire, où existe une seconde station à un niveau plus bas de $10^m$; le maximum y a été 39°,5. Les minima sont bien plus bas qu'à la station principale. En été, les moyennes diurnes sont un peu plus élevées dans la station basse que dans la station haute; en hiver, c'est le contraire, et au bout de l'année les moyennes sont identiques. C'est ce que l'on trouve partout, avec une installation convenable, loin des villes, des maisons et des murailles. »

M. Bonnafont donne lecture d'une note portant pour titre : « *Réflexions sur le rôle des racines dans les propriétés assainissantes de l'Eucalyptus* ». (Com. MM. Duchartre, Vulpian, Cosson.) — M. L.

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mars 1881. — Présidence de M. Charrier.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur l'action reconstituante des eaux de Vichy.

M. P. Bouloumié, médecin consultant à Vittel, lit une note intitulée : *De l'action prétendue reconstituante des eaux de Vichy.*

J'ai demandé la parole, dans la discussion soulevée par les mémoires de MM. Coignard et Durand-Fardel, parce qu'il me paraît y avoir dans les deux des assertions et des inductions sans preuves ou bases suffisantes, dont quelques-unes sont en opposition avec ce que nous avons appris ou observé jusqu'à présent.

Ainsi, j'ai noté au cours de la lecture du travail de M. Durand-Fardel les points suivants, qui me paraissent appeler la discussion :

1° Les eaux de Vichy sont en même temps altérantes, reconstituantes, résolutives.
2° Elles représentent une médication d'assimilation.
3° Elles présentent une innocuité parfaite, eu égard à l'ensemble du système.
4° La reconstitution est en rapport avec la richesse sodique, comme l'effet altérant.
5° Dans les états cachectiques, pas de traitement par les eaux minérales quand il y a état organique non modifiable.
6° Dans la goutte aiguë franche, le traitement de Vichy a pour effet d'enrayer le mal; dans la goutte chronique, il a moins d'action.
7° Les tendances hydrémiques constituent une contre-indication au traitement par Vichy.
8° Le traitement de Vichy n'est pas aussi favorable dans la chlorose que l'a dit Petit; il est supérieur dans l'anémie à ce qu'il est dans la chlorose.

Tels sont les points du travail de M. Durand-Fardel qui ont frappé et fixé particulièrement mon attention, et que je demande à mes collègues la permission de discuter devant eux :

1° Les eaux de Vichy sont en même temps altérantes, reconstituantes, résolutives.

Je sais bien que depuis quelque temps les défenseurs de la médication alcaline, les méde-

cins de Vichy, tentent de faire passer pour un mythe la cachexie alcaline décrite magistralement par Trousseau; que, depuis la mémorable sortie de Trousseau contre l'abus des alcalins, la pratique s'est modifiée, et que dès lors les accidents décrits par lui ne se sont plus produits que par exception; que conséquemment on a cru pouvoir dire, et on a dit : la cachexie alcaline n'existe pas, donc elle n'a jamais existé. Ainsi se sont glissées quelques erreurs que personne n'a relevées parce que, la pratique s'étant modifiée, les accidents sont devenus plus rares et parce que dès lors le danger de les laisser passer sans discussion ne paraissait pas bien grand; mais, depuis, on a dit : non-seulement les eaux alcalines et les alcalins ne cachectisent pas, mais encore ils reconstituent souvent; puis on a dit : non-seulement les alcalins reconstituent souvent, mais ils sont à proprement parler des reconstituants; et enfin on nous dit aujourd'hui qu'ils sont non-seulement des reconstituants, tout comme le fer, les phosphates, etc., et des toniques, tout comme le quinquina, les amers, l'alcool, mais qu'ils sont encore et en même temps ce qu'ils étaient jadis, des altérants, des fluidifiants, des résolutifs, tout comme la saignée, le mercure, l'iode. Eh bien, nous croyons qu'il y a là une interprétation erronée des faits, ou qu'il y a tout au moins une insuffisance de netteté dans les termes pouvant conduire à de graves erreurs thérapeutiques; voilà pourquoi nous ne saurions admettre les propositions énoncées par notre savant collègue, du moins dans les termes où elles l'ont été devant nous. Je sais bien que le mot *altérant* est mauvais, parce que la signification qui lui est donnée est très différente suivant les auteurs, et que, tandis que les uns en font à peu près le synonyme des mots déprimant, spoliateur, hyposthénisant, etc., d'autres, MM. Littré et Robin, par exemple, dans leur Dictionnaire, en font un équivalent du mot modificateur, entendant par là un agent de modification capable de reconstituer; mais il n'en est pas moins vrai que, dans une discussion comme celle-ci, c'est au sens classique, au sens généralement adopté, qu'il faut se référer pour arriver à s'entendre et à se faire comprendre de tous. Or, Trousseau et Pidoux, dans leur *Traité de thérapeutique*, disent, à la page 408 de la huitième édition 1868, revue par M. Constantin Paul, à l'article MÉDICATION ALTÉRANTE : « Parmi les agents de la matière médicale, il en est qui n'exercent sur l'économie qu'une action fugace, etc., etc....., les irritants, etc...... Il en est d'autres qui confèrent aux éléments organiques quelque chose qui demeure, qui survit à l'impression du médicament; c'est tantôt un élément constitutif, ou une aptitude fonctionnelle plus complète, et ceux-là prennent le nom d'*analeptiques* ou *reconstituants;* tantôt, *au contraire,* ils dénaturent le sang et les humeurs diverses; ils les rendent moins propres à servir à l'acte de la nutrition et à fournir des matériaux aux phlegmasies aiguës ou chroniques; peut-être agissent-ils en rendant impossible la génération des produits accidentels épigénétiques, et ceux-là prennent le nom d'*altérants.* »

Il y a d'après cela, pour ces auteurs, plus qu'une distinction, plus que des différences à établir entre ces deux classes de médicaments, les reconstituants et les altérants, il y a une opposition, et cette idée d'opposition existe dans l'esprit de la plupart des praticiens.

Ils disent un peu plus loin qu'il faut placer en tête des agents de la médication altérante la saignée; mais la saignée n'étant pas applicable aux états chroniques, « il faut, ajoutent-ils textuellement, recourir à des agents qui modifient le sang sans détruire tout à fait les éléments réparateurs qu'il contient : ces agents, ce sont les médicaments *altérants.* Parmi ces médicaments, les alcalins occupent certainement une place aussi importante que le mercure. » Et l'on ne peut dire que les auteurs que je cite n'attachent pas aux alcalins toute l'importance qu'ils méritent, car ils disent, page 409 : « Le degré d'importance des alcalins est tel qu'on peut avancer qu'ils sont aussi nécessaires à l'accomplissement de certaines fonctions que l'oxygène est nécessaire à la respiration. »

Pour Gubler (in Gubler, *Leçons de thérapeutique*, publiées par F. Leblanc, 1877) : « Les véritables altérants, ceux qui doivent conserver ce nom, sont des substances minérales, parfois des composés salins, qui, parvenus dans l'organisme vivant, s'y immobilisent pour un temps plus ou moins long et exercent une influence variable consistant tantôt dans l'excitation des fonctions, tantôt dans leur modification; les premiers sont ceux qui existent normalement dans l'organisme : fer, soufre, phosphore, sels neutres; les deuxièmes, ceux étrangers à l'organisme : arsenic, mercure, plomb, or, etc. Les *premiers, pour manifester leur action, ont besoin d'être en excès.* » Cette sorte de définition avec ses divisions et ses exemples ferait penser que Gubler considérait les altérants comme des reconstituants; mais si l'on étudie son œuvre, on voit qu'il classe comme ses devanciers les alcalins parmi les altérants, agents de la médication antiphlogistique (62e leçon) et les ferrugineux à côté des toniques et des stimulants, dans la médication reconstituante. Aussi, bien qu'il parle des alcalins à propos de la médication reconstituante, à cause de leurs propriétés eupeptiques, et même qu'il les range parmi les recorporants hématiniques dans une classification, il ne cite parmi les eaux reconstituantes que les eaux *protogéiques* du massif volcanique de l'Auvergne et Saint-Nectaire en particulier dont il qualifie les eaux de *lymphe minérale*, à cause de leur com-

position analogue à celle du sérum sanguin, et les eaux minérales ferrugineuses, les sulfatées ferreuses ou ferriques et les carbonatées ferreuses. Par contre, il ne parle des eaux de Vichy que dans sa 62e leçon, après avoir décrit les effets aplastifiants du bicarbonate de soude et avant de passer à l'étude d'un autre agent antiplastique, du mercure. Il ne peut séparer l'étude de ces deux médicaments, puisque pour lui, comme d'ailleurs pour tous les médecins, « le mercure et les alcalis sont les principaux types des agents aplastifiants ou antiplastiques » (p. 436).

Je réunirai dans une discussion d'ensemble les objections que je crois devoir faire aux trois propositions suivantes émises par M. Durand-Fardel et que je vais rappeler :

« *a*) Les eaux de Vichy représentent une médication d'assimilation;

*b*) Elles présentent une innocuité parfaite eu égard à l'ensemble du système;

*c*) La reconstitution est en rapport avec la richesse sodique, comme l'effet altérant. »

Je serais très-embarrassé pour discuter ces questions si je n'y joignais pas la dernière proposition. M. Durand-Fardel, en effet, dans son article *Eaux alcalines* du Dictionnaire des eaux minérales, après avoir établi que les eaux alcalines types sont les eaux bicarbonatées sodiques, et que le type des eaux bicarbonatées sodiques est représenté par Vichy, termine en disant : « Il faut savoir que les eaux dites alcalines agissent dans la plupart des cas, tout autrement qu'à titre de médicament alcalin, quelquefois même dans un sens véritablement opposé. » Ceci était écrit avant 1860, époque à laquelle les eaux de Vichy étaient nettement et presque exclusivement considérées comme des eaux altérantes, fluidifiantes, diluantes, antiplastiques, etc., par la généralité des médecins, bien que Petit et M. Durand-Fardel eussent déjà attiré l'attention sur leur action reconstituante *dans certains états morbides*, et c'est précisément, sans doute, à ces cas que se rapporte la dernière partie de la phrase que je viens de citer : « Quelquefois même dans un sens véritablement opposé ». Prise dans toute son acception, cette phrase permettrait de penser que Vichy doit être utile dans tous les cas, puisqu'il est applicable aussi bien à ceux dans lesquels il faut obtenir les effets des alcalins qu'à ceux dans lesquels il faut obtenir une action tout autre que celle des alcalins, quelquefois même à ceux dans lesquels il faut rechercher une action tout opposée.

Dans ces conditions, la discussion serait impossible, et les faits seuls devraient être invoqués; mais puisqu'aujourd'hui M. Durand-Fardel nous dit : « La reconstitution est en rapport avec la richesse sodique, comme l'effet altérant », nous devons penser que c'est bien à titre de médicament alcalin qu'agissent en grande partie du moins les eaux de Vichy, et, dès lors, nous pouvons en discuter le mode d'action en nous basant sur les effets connus des alcalins.

« Déjà les anciens, nous disent Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique*, p. 410), avaient admirablement indiqué l'influence des alcalins sur la compositien du sang. Ils avaient vu que ce liquide nourricier devenait plus fluide, qu'il se décolorait, et, qu'à la fin, il s'établissait une cachexie caractérisée par la pâleur, la bouffissure générale, des hémorrhagies passives. En outre, il survenait un amaigrissement souvent irréparable.

« Depuis quelques années, ajoutent-ils, l'usage excessif que l'on a fait des eaux de Vichy, de Carlsbad et de Pougues dans le traitement de la goutte, a permis de juger cette grave question, et nous ne craignons pas de dire que l'abus des alcalcins a causé plus de mal que l'abus de l'iode. »

(*La fin dans un prochain numéro.*)

## COURRIER

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes (année 1881).

L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 10 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 3 septembre jusqu'au samedi 24 septembre inclusivement.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE MÉDICALE

## NOTE SUR UN CAS DE FIÈVRE TELLURIQUE AVEC HÉMATURIE INTERMITTENTE ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 25 mars 1881,

Par le docteur SOREL, membre correspondant.

L'observation qui suit est un exemple des plus nets de ces congestions localisées sur lesquelles j'ai déjà appelé l'attention (1), qui, relevant de l'intoxication tellurique, sont intermittentes et périodiques comme les accès fébriles auxquels elles sont associées, et peuvent être l'occasion d'hémorrhagies.

OBSERVATION. — F... (Claude), âgé de 43 ans, ouvrier forgeron ou journalier suivant les occasions, entre à l'hôpital militaire de Sétif (Algérie) le 29 octobre 1880, dans la journée.

*Renseignements.* — Arrivé en Algérie en décembre '874, va se fixer à La Calle et pendant cinq ans s'emploie aux mines des environs. Il contrac ı fièvre dès le premier été et chaque année le retour de la saison chaude est marqué par c ıveaux accès; ceux-ci, moins accentués en 1878 et 1879, n'ont jusqu'ici présenté rien ial.

Il quitte La Calle en juillet 1880 pour aller tra ıx mines du Mokta, mais dès les premiers jours la fièvre l'oblige à entrer à l'hôpital où il reste trente-cinq jours. Parti de Bône à pied, à la fin du mois d'août, il travail ıés jours aux mines du Filfila près Philippeville, puis à des travaux de route en ı ɥprochant de Constantine où, toujours malade, il entre à l'hôpital en octobre.

Sorti treize jours après, le 24 octobre, il se rend à Sétif et après un voyage pénible accompli en six jours il arrive exténué, les pieds enflés, et se fait admettre aussitôt à l'hôpital.

*État actuel,* le 29 octobre. — Aspect terreux de la face, légère bouffissure du visage et du tégument en général; sans anasarque proprement dite, bien que le doigt laisse son empreinte sur la peau de l'abdomen ; faible degré d'ascite. La région splénique est douloureuse spontanément et plus encore à la pression, la rate est à peine augmentée de volume. Rien de bien spécial à signaler du côté du foie; intégrité du cœur, absence absolue des souffles soit cardiaque, soit vasculaire.

Depuis son départ de Constantine il n'aurait pas ressenti d'accès fébrile marqué. L'urine, de réaction à peu près neutre, paraît contenir de faibles traces d'albumine.

Le malade présentait donc un état d'anémie organique voisin de la cachexie. Sous l'influence du repos et de la nourriture la bouffissure des téguments disparut rapidement et l'état général s'améliore considérablement. T. 29, soir 38°,0. — 30, matin 37°,5 ; soir 37°,4. — 31, matin 36°,7 ; soir 36°,8.

Le 9 novembre. Le malade ressentit dans la journée une céphalalgie marquée qu'il laissa ignorer. L'urine examinée ce jour-là même par hasard, était acide et ne contenait ni sucre ni albumine.

Le 10. Vers 11 heures du matin survient un accès accompagné de frissons avec légère sensation de pesanteur dans la région lombaire, en même temps la miction devenait sanglante. La température était de 41°,0 à 4 heures de l'après-midi. L'accès prend fin dans la soirée. L'hématurie ne saurait être rapportée au sulfate de quinine dont le malade n'avait pas fait usage depuis huit jours.

Le 11. Matin, apyrexie. T. 37°,2. L'urine est limpide, de réaction faiblement acide et ne contient que des traces d'albumine. Vers 11 heures nouvel accès avec hématurie, vomissements alimentaires et légère rachialgie au début. Soir T. 40°,8; pouls à 100 plein, résistant.

Le 12. Matin T. 36°,8; le pouls moins tendu bat 80 fois à la minute. L'urine est claire mais tient un peu de mucus en suspension; elle est de réaction acide et fournit après saturation par le sulfate de soude et filtration des traces d'albumine comme la veille.

A 11 heures du matin la miction est sanglante; à midi T. 37°,8; pouls plein, résistant, à 102; à midi et demi vomissements alimentaires, frissons mais sans rachialgie ni douleur lombaire; à 3 heures et demie T. 40°,8; à 6 heures du soir T. 38°,5; l'accès prend fin dans la soirée.

L'urine excrétée de 11 heures du matin à 6 heures du soir colore vivement en rouge le linge qu'on y trempe, et le microscope y fait constater de nombreux globules sanguins; elle reste colorée en brun après un repos prolongé. L'urine rendue de 6 heures du soir à 6 heures du matin tache à peine le linge, et ne contient que de rares globules, sa densité est de 1017,5, elle renferme des phosphates terreux.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 9 juillet 1880.

Le 13. Matin T. 37°,0. P. 80. Mêmes caractères de l'urine du matin, mucus en suspension et traces d'albumine. A 10 heures, T. 37°,0; à midi, T. 37°,2, P. 90, hématuries; vers une heure, vomissements alimentaires, absence de frissons; à 3 heures 1/2, T. 39°,0; à 6 heures du soir, T. 38°,8. A partir de 6 heures, l'urine n'est plus sanglante; elle contient des phosphates.

Le 14. Matin T. 36°,6. Urine limpide, d'une densité de 1,017, renfermant des traces d'albumine. A 10 heures, T. 37°,0 ; l'accès débute vers 11 heures 1/2 par une sensation de froid limitée aux extrémités inférieures et ne remontant pas au delà des genoux. A midi, T. 37°,5; bientôt, frissons avec vomissements bilieux, l'urine ne contient pas de sang; à 3 heures 1/2, T. 40°5 ; à 6 heures, 39°,6. Le malade urine seulement à 4 heures de l'après-midi; le liquide est très peu sanglant.

Le 15. Urines habituelles le matin. L'hématurie ne se reproduit plus, bien que surviennent encore des accès les 15, 16, 17 et 18 novembre, marqués cette fois par une sensation de froid et d'engourdissement dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite. Les phénomènes s'accentuent quand le coude est appuyé sur son bord cubital.

| | MATIN. | | | SOIR. | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 7 h. | 10 h. | midi. | 3 h. 1/2. | 6 h. |
| 15 novembre... | 37°,0 | 36°,5 | 37°,3 | 38°,2 | 38°,6 |
| 16 — ... | 37°,8 | 38°,0 | 38°,8 | 39°,5 | 39°,2 |
| 17 — ... | 38°,6 | 38°,5 | 39°,4 | 40°,5 | 39°,5 |
| 18 — ... | 37°,2 | 37°,2 | 38°,2 | 41°,0 | 39°,5 |
| 19 — ... | 36°,8 | | | 37°,4 | |

L'urine du 16 a une densité de 1015 et renferme toujours des traces d'albumine; le 18, elle est chargée d'acide urique, traces d'ablumine, rares globules sanguins.

Pendant ce temps, l'anémie cachectique se prononçait; l'œdème des tissus reparaissait marqué surtout aux pieds; les conjonctives occulaires verdâtres avaient un aspect translucide. La rate et le foie un peu congestionnés, sensibles à la pression, ne présentaient qu'une légère augmentation de volume; ni souffles cardiaques, ni soufflures vasculaires.

Deux accès apparurent encore les 22 et 24 novembre, mais sans être accompagnés d'hématuries.

L'intervention thérapeutique a été des plus restreintes; le malade, absolument dégoûté, ne consentait à prendre que du bouillon, du café, du thé alcoolisé et quelques doses fractionnées de sulfate de quinine. L'état du tégument me fit reculer devant les injections sous-cutanées.

A dater du 20 novembre, le rétablissement, bien que lent, se fait d'une façon continue, et l'appétit revient, de façon qu'il mangeait les trois portions à la fin de novembre. L'œdème des tissus disparut totalement dans le courant de décembre, et les téguments se coloraient en janvier.

Mais il reste une polyurie, marquée surtout la nuit, et une légère lourdeur de tête continue, avec des exacerbations de temps à autre, à la suite desquelles il reprend quelques doses de sulfate de quinine.

L'urine, examinée à diverses reprises, ne contenait plus de traces d'albumine. A partir du 26 novembre, elle était de réaction neutre, et sa densité oscillait entre 1014 et 1015. L'émission nocturne varie d'un à près de trois litres.

Le 24 février 1881, céphalalgie prononcée cédant au sulfate de quinine. L'urine alcaline contenant des phosphates présente une densité de 1021 et renferme de nouveau des traces d'albumine.

Le 1er mars, l'urine abondante est claire, sa densité est de 1011, sa réaction neutre; elle contient des phosphates, en petite quantité, en suspension et des traces très faibles d'albumine; même état de l'urine, le 6 mars, densité 1014; le 12, elle est faiblement alcaline, et sa densité est de 1011.

Le malade réclame sa sortie le 14 mars. Les forces lui sont revenues; il présente un embonpoint satisfaisant; le foie et la rate ne sont pas augmentés sensiblement de volume; le cœur n'est pas hypertrophié. Les battements calmes, réguliers, sont absolument normaux. L'urine recueillie dans la journée du 13 est neutre, sa densité est de 1015, et il y a absence complète soit de sucre, soit d'albumine. Je dois à l'obligeance de M. Colin, pharmacien aide-major, l'examen répété des urines.

L'hématurie résulte de la présence du sang dans l'urine, où le microscope permet de compter les globules en d'autant plus grand nombre qu'elle se trouve être plus colorée et tache davantage le linge qu'on y trempe. Il y avait aussi hémati-

nurie, ou dissolution de la matière colorante du sang, car, après précipitation des sédiments par un repos prolongé, l'urine conservait une teinte rouge-brun.

Le mélange intime du sang et de l'urine dès le début, et pendant la durée de la miction, dénote une provenance rénale; mais quelle part revient dans l'hémorrhagie soit à l'altération du sang, soit à une lésion du rein, ou encore à un simple trouble fonctionnel? Cherchons la solution dans les circonstances mêmes de l'hématurie.

L'urine, examinée le 9 novembre, était limpide, de réaction acide et ne contenait ni sang ni albumine; c'est à dater du lendemain, 10 novembre, que des accès fébriles intermittents entraînent pendant cinq jours de suite l'apparition du sang dans l'urine, qui redevenait limpide dans la matinée.

Cette périodicité, la limitation de l'hémorrhagie à l'appareil rénal, sa disparition quand le malade a fait un pas de plus vers la cachexie, sont autant de faits qui empêchent de voir dans l'altération du sang la cause principale de l'hématurie.

On remarquera chez le malade l'absence de souffles vasculaires, bien que les conjonctives oculaires devenues verdâtres aient pris un aspect translucide, et malgré la décoloration et l'œdème des tissus. Les souffles vasculaires sont, en effet, l'exception dans l'anémie tellurique qui, d'autre part, résiste aux ferrugineux, ainsi que l'a mentionné L. Colin (1). « La chloro-anémie paludéenne est « très rebelle, a écrit d'autre part le regretté professeur Hirtz (2), elle est réfrac- « taire au fer....... C'est que le fer oxyde le globule, mais ne le produit pas, et « cette production manque précisément par suite de la lésion des viscères abdo- « minaux. »

Ces faits confirment l'opinion du professeur Potain rappelée récemment par L. Lereboullet (3), que ce sont les beaux souffles vasculaires qui promettent les beaux succès à la médication ferrugineuse, tandis que le silence des vaisseaux lui est de mauvais augure.

La régularité de la circulation en l'absence d'une hypertrophie du cœur, la périodicité même et le peu de durée de l'hémorrhagie, l'absence totale des cylindres hyalins ou granuleux, ainsi que le défaut presque complet d'albumine dans l'urine pendant les intermissions, font que la lésion des reins ne peut être invoquée comme cause prépondérante de l'hématurie.

Force nous est donc de la rechercher dans les troubles fonctionnels de l'organe. L'examen des 12 et 13 novembre est surtout instructif à ce sujet; le sang apparut dans l'urine dès avant le frisson, quand le thermomètre n'avait pas encore dessiné son mouvement ascensionnel, et c'est alors que la miction était le plus sanglante d'une façon absolue, et non pas seulement par suite de la plus grande concentration des urines.

L'hématurie dépendait donc d'une congestion localisée de l'appareil rénal, d'ordre vaso-moteur, et en rapport avec l'ischémie périphérique du stade de froid de la fièvre.

Mais si les troubles de la circulation rénale sont la cause déterminante de l'hémorrhagie, il n'en est pas moins vrai qu'elle a trouvé des causes adjuvantes indispensables dans l'altération du sang et surtout dans certaines lésions du parenchyme rénal (néphrite interstitielle ou dégénérescence cireuse) en voie d'évolution et attestées par la céphalalgie persistante, la polyurie, et la présence, à diverses reprises, de faibles quantités d'albumine dans l'urine de réaction neutre ou faiblement alcaline.

Mais surtout il ne faudrait pas conclure à une néphrite intermittente, variété qui ne saurait exister, et qu'on n'a pu admettre qu'en confondant entre eux les termes

(1) L. Colin. *Traité des fièvres intermittentes.* Paris, 1870, p. 456.

(2) Hirtz. Art. *Fièvre intermittente,* in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* t. XIX, p. 222.

(3) Lereboullet. *La médication ferrugineuse,* deuxième article, in *Gazette hebdomadaire,* 11 février 1881.

*albuminurie* et *néphrite* d'une part, et, de l'autre, *intermittent* et *palustre*, auxquels on a donné une équivalence abusive.

Appartiennent à l'intoxicatien tellurique : 1° une *albuminurie* transitoire accompagnée ou non d'hémorrhagie, symptôme pouvant être intermittent comme la congestion qui l'a déterminée; 2° une dégénérescence des reins provoquée par une action plus profonde ou plus prolongée du poison palustre, *néphrite* qui, sujette à des poussées successives, peut marquer son origine par certaines particularités dans l'évolution clinique, voire même dans l'agencement des lésions organiques, et être appelée par ces raisons *tellurique* ou *palustre*, mais ne saurait, en aucun cas, justifier la qualification d'*intermittente*.

C'est ainsi que Rosenstein (1) range l'intoxication palustre parmi les causes de la néphrite diffuse et de la dégénérescence amyloïde des reins; et que Griesinger (2) sépare l'albuminurie transitoire, intermittente ou non, et associée aux accès fébriles de la maladie de Bright, affection consécutive intervenant comme élément de la cachexie générale.

Notre malade, après avoir passé par la première phase, paraît devenir tributaire d'une altération organique permanente.

(1) Rosenstein. *Traité pratique dee maladies des reins*, p. 281.

(2) Griesinger. *Traité des maladies infectieuses*, édition annotée par Vallin, p. 56.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

COURS D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, par M. le docteur G. CHANTREUIL. Paris, 1881. A. Delahaye et Lecrosnier.

L'excellence de la méthode de travail et d'enseignement, dont le docteur Chantreuil était en quelque sorte le créateur, avait acquis au jeune et regretté professeur de la Faculté une légitime notoriété. Au moment où une mort cruelle et inattendue vient de l'enlever prématurément à la science, la publication de la première leçon du cours de l'année courante est d'autant plus précieuse qu'elle restera comme le testament de ses idées et de sa méthode. Cette leçon est le programme succinct, il est vrai, mais accompagné de nombreux aperçus sur les nombreuses questions qu'il devait étudier pendant l'année : c'est-à-dire l'accouchement dans les principales présentations, la délivrance, les suites de couches, l'hygiène du nouveau-né, la pathologie de la grossesse, etc., etc.

La lecture de la brochure actuelle a donc un attrait d'autant plus vif que les faits les plus récents y sont relatés et appréciés avec une sûreté et une clarté remarquables. Aussi, elle permettra de comprendre et de mesurer combien grand est le vide que sa mort laissera dans l'école obstétricale, dont les docteurs Pajot et Tarnier avaient été les fondateurs, et dont le docteur Chantreuil aurait été avec succès le légitime continuateur. — Ch. ÉLOY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES BACTÉRIES DE LA BOUCHE A L'ÉTAT NORMAL ET DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur G. RAPPIN. Paris, 1881. O. Doin.

Dans cette thèse, qui a été préparée dans le laboratoire du professeur Ranvier, au Collège de France, l'auteur essaye d'établir le rôle des bactéries buccales dans les fermentations putrides ou autres de la bouche et dans la pathogénie des ulcérations de la muqueuse dans la fièvre typhoïde. La question est posée par l'auteur, c'est à l'anatomie pathologique et à la clinique de la résoudre. — Ch. É.

DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL, par le docteur E. D'ARDENNE. Paris, 1881. J.-B. Baillière.

Cet ouvrage a été présenté au concours de 1879 pour le prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance, et a obtenu une récompense de l'Académie de médecine. C'est un plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel, mais avec des circonstances atténuantes en faveur de l'allaitement artificiel. Cette dernière méthode, dans l'état actuel des nécessités sociales, est certainement défectueuse; mais néanmoins, au moyen de précautions hygiéniques convenables, on peut en diminuer les inconvénients. Ce mémoire a pour but d'étudier les conditions les plus propres à atténuer les dangers de l'allaitement artificiel et à en améliorer les conditions défectueuses. Cet ouvrage répondait donc au but que l'Académie avait en vue en mettant cette question au concours. — Ch. É.

Clinique ophthalmologique de la Faculté de Bordeaux, par le docteur Badal. Paris, 1881. A. Delahaye.

Dans cette nouvelle publication, intéressante au point de vue clinique, l'auteur examine quatre questions parmi lesquelles l'une des plus remarquables est la guérison d'*un blépharospasme datant d'une année* et consécutif à une *ophthalmie granuleuse*. Il avait été rebelle à divers traitements et, en particulier, aux pulvérisations et aux applications d'eau de Cauterets à la section de la commissure externe des paupières, qui procurèrent seulement des améliorations passagères. Une révulsion énergique répétée trois fois par semaine, sur le front et les tempes, à l'aide du thermo-cautère, donna des résultats immédiats qui persistent encore depuis que la malade a quitté l'hôpital. Ce spasme a complétement cessé, et il ne reste plus qu'un léger ptosis du releveur de la paupière supérieure.

Une autre question qui mérite encore l'attention est une *Étude complète des causes de la cécité, d'après une statistique portant sur* 7,500 *malades*. — Ch. É.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mars 1881. — Présidence de M. Charrier.

M. P. Bouloumié, médecin consultant à Vittel, lit une note intitulée : *De l'action prétendue reconstituante des eaux de Vichy.*

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

Garrod, dans son *Traité de la goutte* (traduc. d'A. Ollivier, annot. de Charcot, 1867, p. 529), dit : « Administré sous forme d'eau de Vichy, le bicarbonate de soude est rapidement absorbé et pénètre dans le sang dont il augmente l'alcalinité. Son usage, longtemps prolongé, détermine une sorte de dissolution du sang, et c'est à cette circonstance qu'il doit d'avoir été classé parmi les médicaments fluidifiants, antiplastiques. »

Gubler, dans ses *Leçons de thérapeutique* déjà citées dit, p. 438 : « Parmi tous les alcalins, le bicarbonate de soude est l'un des plus employés. On a dit que ce sel favorisait les combustions, *chimiquement* cela est vrai. Il facilite la combustion respiratoire, nous ne voulons pas le nier, mais cependant nous ferons observer que l'on devrait voir la calorification s'exalter sous son influence ; or, c'est le contraire qui a lieu. Quand on l'administre à des fébricitants, leur pouls diminue de volume et l'état fébrile tombe.

« Nous pensons que ce phénomène contradictoire pourrait s'expliquer de la manière suivante : il y a, dans le sérum du sang, plusieurs sels de soude, et, dans les globules, des sels de potasse ; or, si l'on introduit dans la circulation une quantité exagérée de sels de soude, ces derniers peuvent parvenir à dominer, même dans les globules, dont la nutrition normale se trouve alors arrêtée. Bon nombre d'entre eux périssent, et, au bout de peu de temps, si les sujets prennent des doses assez fortes de bicarbonate de soude, l'hypoglobulie est constituée chez eux avec tous ses caractères. Plus tard surviennent même de la dystrophie, une cachexie véritable, avec pâleur de la peau, anasarque, albuminurie, etc., tous les symptômes de ce que l'on a appelé la cachexie aqueuse. Un trait important de cette cachexie consiste souvent encore dans une sorte de scorbut avec tendance aux hémorrhagies multiples, muqueuses, gencives saignantes, etc. »

Gubler dit en outre (*loc. cit.*) : « Une saignée suffit à diminuer le nombre de ces derniers (les globules), les globules ne se reforment que lentement. Il n'en est point de même de la fibrine, car il s'agit de diminuer non sa quantité véritable, mais sa quantité par rapport aux globules, et non seulement de diminuer sa quantité, mais encore de changer sa qualité. Pour ce faire, la saignée ne suffit point, il faut avoir recours aux agents dits *aplastifiants* ou *antiplastiques* dont le mercure et les alcalis sont les principaux types. »

D'une part donc, d'après Gubler, les alcalins diminueraient le nombre des globules, et, d'autre part, ils modifieraient la fibrine et produiraient l'état aplastique ou l'*état dissous* du sang ; il seraient donc l'opposé des reconstituants puisque, à propos du fer qui est le type de ceux-ci, le même auteur dit (*loc. cit.*, p. 41) : « Les effets diffus et généralisés, après absorption, se traduisent par une augmentation de la *plasticité* du sang, en rapport avec l'action coagulante exercée sur les principes albuminoïdes du sérum dont la richesse nutritive est accrue. Cette adjonction d'un élément indispensable à la nutrition des globules active leur formation » ; et, plus loin (p. 43) : « Le fer n'agit pas seulement à titre d'aliment des globules, mais par sa présence dans le système lymphatique, il favorise la transformation des

globules de la lymphe en globules sanguins en même temps qu'il active leur formation. L'action tonique sur les premières voies et même sur les secondes existe, à la vérité, mais l'action hystogénique est prépondérante. »

La même manière de voir est exprimée dans ses *Commentaires thérapeutiques du Codex médical*, 2e édit., 1874, p. 467, où il est dit, qu'absorbé, le bicarbonate de soude agirait à la manière des alcalins en général, conformément à la loi posée par Chevreul (cette loi qui est devenue la base de la théorie de Mialhe), c'est-à-dire qu'il favoriserait les combinaisons des matières combustibles avec l'oxygène et ses conséquences, à savoir : « augmentation de l'urée et accroissement de la dénutrition » ; puis, qu'accélérant le mouvement actionnel des globules, employé à haute dose, il produirait à la longue l'hypoglobulie, l'état aplastique du sang, la cachexie scorbutique ou bien séreuse avec hémorrhagies multiples et anasarque. « Cette manière d'envisager les faits, ajoute-t-il, soulève pourtant de graves difficultés, ainsi aucune accélération circulatoire, aucune élévation de température n'accompagne cette prétendue action hématocausique du sel de Vichy dont l'effet se borne peut-être à favoriser la dissolution des hématies et à déterminer la dyscrasie albumineuse. » Puis ayant émis l'hypothèse de la substitution des sels de soude aux sels de potasse dans les globules, il termine, p. 468, par ces mots : « Ainsi s'expliqueraient la diminution de la combustion respiratoire et la calorification, puis la déglobulisation, la cachexie séreuse et les altérations générales organiques. »

Il n'y a donc pas de doute sur le rôle et la place que Gubler assigne aux alcalins. C'est bien parmi les altérants et non parmi les reconstituants qu'il les classe, d'ailleurs, comme l'ont fait ses devanciers et le feront ses successeurs.

Le professeur Fonssagrives, dans son ouvrage intitulé : *Principes de thérapeutique générale*, daté de 1875, dit, page 381, à propos des modificateurs des globules :

« Or, ces globules peuvent être influencés dans trois sens différents par les médicaments qui produisent

1° Des hyperglobulies médicamenteuses (fer, manganèse, analeptiques);

2° Des hypoglobulies médicamenteuses (alcalins, mercuriaux, altérants);

3° Des modifications dans la vie des globules (oxygène, ozone, gaz, substances volatiles). »

Des assertions émanant d'hommes aussi éminents, aussi bien placés pour juger des effets des médicaments et des médications méritent bien quelque attention, et doivent bien entrer en ligne quand il s'agit de s'éclairer sur la valeur des uns et des autres, et elles pourraient paraître suffisamment concluantes, mais je tiens à y joindre une série de faits et de considérations aux allures scientifiques plus actuelles et plus précises, je veux parler des expériences faites sur l'homme sain avant et depuis que la numération des globules a été mise à l'ordre du jour de la science et de la pratique.

L'une d'elles, quoique datant de loin, mérite d'être rapportée ici parce qu'elle a pour but de rechercher quelles sont les modifications apportées dans l'organisme sain par les alcalins. Elle a été faite, sous la direction de Löffler, par cinq étudiants bien portants qui se prirent eux-mêmes pour sujets d'expérimentation (1); ils firent usage des alcalins aux doses progressives de 1 à 5 drachmes (1 gr 77 à 8 gr 85), et, au bout de huit à dix jours de ce traitement, le sang tiré des veines présenta les caractères suivants : en couleur et en densité, il ressemblait à du jus de cerise. Le nombre et le volume des leucocytes étaient augmentés. Les globules rouges étaient plus pâles qu'à l'état normal. La proportion d'eau était augmentée et celle des matières solides diminuée.

Le sang contenait moins de matières grasses. Il y avait diminution de fermeté et d'élasticité du caillot, dont les constituants solides étaient en proportion moindre que dans le sang normal.

Enfin, on nota de la faiblesse, un peu de pâleur, de la paresse corporelle et intellectuelle. Le pouls devint lent et faible.

Les expériences faites par MM. A. Rabuteau et Boghoss Constant ont confirmé à peu près exactement ces résultats.

Les bicarbonates de soude et de potasse, administrés à la dose de 5 grammes par jour, ont très notablement diminué le chiffre de l'urée, de 20 à 23 p. 100, ont ralenti la circulation, ont produit un état anémique très marqué chez les trois individus soumis pendant des périodes de huit et dix jours à l'ingestion quotidienne de 5 grammes de bicarbonate de soude ou de potasse.

Les expériences ont été faites sur M. Rabuteau, sur M. Constant et sur une femme. On les trouve rapportées dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* (juillet 1870); dans la thèse de M. Constant : *Action physiologique des alcalins* (Paris, 1870). Depuis, dans la

(1) Schmidt's Jarbüches, 1848, cité par Rabuteau, *Éléments de thérapeutique.*

*Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* (décembre 1871), M. Rabuteau a publié ses recherches ultérieures sur le même sujet et leurs résultats en tout conformes aux précédents.

Je relèverai, dans la thèse de M. Constant, les lignes suivantes : « Je citerai en premier lieu un état d'anémie profonde dans lequel m'a jeté le bicarbonate de soude vers la fin de la seconde période de cette expérience. Je suis devenu pâle, j'ai commencé à éprouver des faiblesses dans les jambes, j'ai eu quelques vertiges et, enfin, j'ai maigri d'une manière notable.

« J'ai eu, en outre, des épistaxis répétées qui sont survenues vers la fin de cette même période. Cet état de faiblesse a persisté encore assez longtemps après que j'eus complètement abandonné l'usage du bicarbonate de soude, et que mes urines eurent acquis leur acidité normale. Ce n'est que cinq à six semaines après la fin de mon expérience que tous les symptômes d'anémie se sont dissipés. »

Le docteur Climent, dans sa thèse inaugurale : *Traitement de la gravelle urique* (Paris, 1874), rend compte des résultats de ses expériences personnelles sur le même sujet. Ceux qu intéressent la discussion actuelle peuvent se résumer ainsi :

8 grammes de bicarbonate de soude pris dans les vingt-quatre heures, en quatre doses, dissoutes chacune dans 80 grammes d'eau, pendant six jours consécutifs, ont produit une déglobulisation plus sensible que tout autre sel alcalin, et cette déglobulisation a été en augmentant jusqu'à la fin de l'expérience. Les globules blancs ont diminué à peu près dans la même proportion que les globules rouges; il y a eu abaissement du pouls; les urines, devenues neutres le premier jour, sont ensuite devenues alcalines et sont restées telles jusqu'au lendemain de la cessation de l'expérience. Dès le troisième jour, il y a eu diminution de l'appétit, régurgitations acides fréquentes, surtout après les repas, sensations épigastriques douloureuses, douleurs frontales, pâleur de la face, épistaxis, symptômes qui se sont graduellement dissipés en dix jours, après cessation de l'emploi du bicarbonate de soude.

La numération des globules a donné les résultats suivants :

*Avant l'expérience.*

| | | |
|---|---|---|
| Globules..... | Rouges....... | 4531400 |
| | Blancs........ | 6950 |

La numération a été faite à jeun, sauf le cinquième jour, où elle a été faite quatre heures *après* le repas.

*Pendant l'expérience.*

| | | |
|---|---|---|
| Deuxième jour..... | Rouges....... | 4392000 |
| | Blancs........ | 6950 |
| Quatrième jour.... | Rouges....... | 3475000 |
| | Blancs........ | 4150 |
| Cinquième jour.... | Rouges....... | 3836400 |
| | Blancs........ | 5400 |
| Sixième jour...... | Rouges....... | 3280400 |
| | Blancs........ | 5000 |

Quatre jours *après l'ingestion* de la dernière dose il y avait :

| | | |
|---|---|---|
| Globules..... | Rouges....... | 4197800 |
| | Blancs........ | 5750 |

Parmi les conclusions de l'auteur, je citerai les suivantes :

« 1° Les carbonates alcalins sont des déglobulisants par excellence.

« 2° Les benzoates alcalins viennent après.

« 3° La réunion du fer à ces carbonates et benzoates a nécessairement pour effet d'atténuer la déglobulisation.

« 6° Les sels de chaux sont reconstituants. »

J'ajouterai, avant de passer à l'exposé des résultats obtenus par MM. Z. Pupier et de Lalaubie, la phrase suivante de M. Rabuteau, tout en faveur des alcalins :

« Les alcalins, *pris à petite dose,* ne produisent pas les effets pernicieux dont je les accuse ; ce sont, au contraire, des médicaments qui favorisent la digestion, la circulation, *élèvent la température,* et, partant, sont utiles dans les maladies où les combustions ont besoin d'être activées, par exemple dans la glycosurie. »

M. Rabuteau attribue l'heureux effet des alcalins pris dans ces conditions à leur transformation en chlorure, grâce à l'acide chlorhydrique du suc gastrique.

M. Z. Pupier, dans une note adressée à l'Académie des sciences (séance du jeudi 3 mai 1875) cite le cas de M. L..., âgé de 47 ans, qui, depuis vingt-huit ans, prend de 16 à 20 grammes par jour de bicarbonate de soude et ne peut s'en passer, et, malgré cela, la numération des globules donne chez lui le chiffre de 5,406,000 globules rouges.

M. Mialhe a cité depuis à l'Académie de médecine le cas d'un monsieur qui a résisté pendant trois ans, et sans trouble apparent du moins, à des doses quotidiennes de 100 à 120 grammes de bicarbonate de soude.

Mais ce ne sont là que des exceptions, et leurs sujets ne peuvent être considérés que comme des phénomènes à montrer dans une discussion, à la condition de dire : Admirez-les, mais ne faites pas comme eux.

Les autres faits cités à l'appui de sa thèse par M. Z. Pupier, dans sa « *Réfutation expérimentale de la prétendue anémie alcaline* », se rapportent l'un à un chien qui grossit encore, un autre à une chienne en parturition, d'autres à des poulets. Malgré l'intérêt qui s'attache à ces expériences, nous ne pouvons en admettre les résultats sans faire remarquer qu'elles prêtent le flanc à la critique sur quelques points, et qu'elles n'ont pas pour nous médecins la valeur qu'ont celles que nous avons citées plus haut et qui ont eu pour sujets des hommes en santé, des observateurs intelligents, consciencieux et désireux d'obtenir des résultats à l'abri de l'erreur. Évidemment les conditions étaient meilleures à tous les points de vue qu'avec un chien qui grossit encore, une chienne en parturition et deux poulets ; car on sait combien peut varier la richesse globulaire relative sous l'influence de causes en apparence insignifiantes.

Les conclusions de M. Z. Pupier, qui a constaté une certaine augmentation dans le chiffre des globules rouges chez ses animaux en expérience sous l'influence de l'eau de Vichy, sont les suivantes :

« Les alcalins pris en dehors des maladies organiques ne produisent pas d'anémie, leur action tend plutôt à augmenter le nombre des globules rouges, à élever la température et le poids, à favoriser les phénomènes trophiques. Ils exercent une action inverse dans le cas de lésion *interstitielle* (Je ne comprends pas très bien la signification que l'auteur donne ici à ce mot interstitielle, car il y a des lésions parenchymateuses qui ne sont pas plus modifiables que des lésions interstitielles). D'une part, ils activent le fonctionnement physiologique ; de l'autre, ils stimulent le processus pathologique. »

Je ferai remarquer en passant que, d'après les termes mêmes de ses conclusions, M. Pupier ne sépare pas l'effet des eaux de Vichy de l'effet des alcalins, puisque, ayant opéré avec des *eaux de Vichy*, il conclut en disant non pas *eaux de Vichy*, mais bien *les alcalins*.

Le travail plus récent de M. de Lalaubie : *De l'individualité thérapeutique des eaux de Vichy*, etc., Paris 1879, fait à un point de vue plus spécialement clinique que scientifique, est très intéressant et peut fournir à la discussion actuelle d'utiles renseignements. C'est sur des malades adressés à Vichy pour diverses maladies que l'auteur a expérimenté en ayant soin de leur prescrire les eaux et les doses qui lui paraissaient convenir le mieux à leur état.

D'une manière générale, il a donné des doses faibles, 360 à 480 grammes d'eau minérale, correspondant à peu près à la dose de 1 gr. 75 à 2 gr. 50 de bicarbonate de soude.

Les malades étaient tous atteints, à un degré plus ou moins marqué, de dyspepsie, d'anorexie, d'anémie consécutive à l'état dyspeptique, de cause diathésique ou de cause locale : hépatite, cholécystite, calculs biliaires. Chez tous ses malades, M. de Lalaubie a obtenu une amélioration du côté des voies digestives, le retour de l'appétit, la régularisation des digestions, et consécutivement l'augmentation du chiffre des globules qui a été peu appréciable dans deux cas, notable dans trois cas, très considérable dans trois cas ; chez l'un des malades même, le chiffre des globules a dépassé notablement le chiffre normal et a atteint 6243625.

Je regrette de n'avoir pas trouvé, dans le travail que je cite, l'exposé des conditions dans lesquelles toutes ces numérations ont été faites, une foule de causes pouvant en faire varier, je le répète, les résultats.

Je n'en tiens pas moins pour certaines les constatations faites ; mais je n'en conclurai pas pour cela que les alcalins et même les eaux de Vichy sont des reconstituants, bien que dans les cas précités ils aient manifestement amené la reconstitution ; car c'est évidemment, les observations en témoignent, par leur action eupeptique, par leur action sur les organes digestifs et leurs fonctions, que les eaux de Vichy ont amené les améliorations et la reconstitution globulaire constatée qui n'a été que secondaire et que toute autre eau minérale non alcaline, si telle elle avait pu produire les même effets sur les voies digestives, aurait amenée ; car aux doses auxquelles elle a été prise, l'eau de Vichy ne peut avoir produit des effets altérants ; le bicarbonate de soude officinal lui-même, pris à des doses variant entre 1 gramme 75 et 2 grammes 50 ne les aurait pas produits en huit jours. M. de Lalaubie conclut en disant :

« L'eau de Vichy administrée à doses thérapeutiques et dans des conditions qui permettent l'exercice de certaines activités fonctionnelles, élève d'une façon très appréciable le niveau globulaire dans les anémies simples ou liées à des affections justiciables de Vichy.

Les hypoglobulies liées à des affections que l'eau de Vichy ne peut pas modifier avantageusement, ne bénéficient pas largement de l'action reconstituante de ce médicament. »

Ces conclusions nous paraissent très légitimes, mais nous ne saurions pas plus pour cela classer les alcalins parmi les reconstituants que nous ne classons parmi eux le mercure, parce qu'il a permis à un malade cachectisé par la syphilis de se reconstituer, la saignée parce qu'employée dans certains cas où elle rétablit une circulation languissante elle a permis à un cardiaque à demi asphyxié de reprendre des forces et de se reconstituer pour un temps plus ou moins long.

Mais devant des résultats aussi différents que ceux que je viens de rappeler, alors surtout que l'hématologie clinique entre seulement dans la période scientifique, grâce aux travaux incessants de MM. Malassez, Hayem, Quinquaud, nous devons nous demander s'il faut faire bon marché des résultats de l'observation et baser sur des faits encore incertains des conclusions en opposition sur certains points avec ce que nous avons cru démontré jusqu'à présent? Je crois, pour ma part, que c'est encore sur l'observation que nous devons baser nos convictions.

Seule, en effet, la numération des globules est aussi insuffisante à faire connaître exactement la composition du sang que l'analyse d'un seul principe de l'urine est insuffisant à faire connaître la composition de celle-ci; il y a, en effet, autre chose à chercher dans le sang que le nombre des globules rouges. Il y a à tenir compte des globulins microcytes ou hématoblastes, suivant les auteurs, de ces corpuscules qui sont pour les uns des globules en voie de formation, pour les autres des globules en voie de destruction; de la forme, des dimensions, de la coloration des globules, de la richesse du sang en hémoglobine, de la capacité d'absorption des globules pour l'oxygène, de la proportion des hématies et des leucocytes, de l'état du reticulum, etc. Il y a aussi à tenir compte de la constitution du sérum. Or, tout cela ne peut avoir été fait dans les expériences précédentes, puisque de toutes ces questions un bon nombre n'est pas encore résolu aujourd'hui. Aussi, tout en louant très sincèrement les tendances scientifiques de ces travaux, ne devons-nous les considérer que comme des arguments et non des preuves pour ou contre notre manière de voir et devons-nous encore prendre dans les faits cliniques les éléments de notre argumentation.

Ici encore, me dira-t-on, les mêmes divergences d'opinion existent; cela est vrai; mais ces divergences sont basées sur des faits; on peut donc espérer en étudiant ceux-ci expliquer celles-là et arriver ainsi à se faire une idée juste de l'action physiologique des alcalins, de leur mode d'action sur un organisme malade et voir quand et comment ils peuvent agir comme altérants, quand et comment ils peuvent agir comme reconstituants.

Comme Trousseau et Pidoux, comme Gubler, comme M. Durand-Fardel, je n'admets pas qu'il y ait des médicaments exclusivement et fatalement altérants et des médicaments nécessairement reconstituants et que les médicaments désignés ainsi produisent toujours leurs effets et rien que leurs effets propres dans l'organisme; et d'ailleurs, dans les deux classes de médicaments qui nous occupent, l'étude des actions physiologiques ne peut fournir des renseignements égaux sur leurs actions thérapeutiques.

Tandis, en effet, que des altérants tels que les alcalins administrés à l'homme sain en quantité suffisante, variable suivant les individus, n'exercent d'action physiologique que s'ils sont en excès dans l'organisme, puisque celui-ci en contient normalement des quantités déterminées et que cette action physiologique se traduit par l'hypoglobulie et l'anémie, aucune expérience faite sur l'homme sain n'a démontré autre chose; les reconstituants, comme le fer, par exemple, qui lui aussi est un élément normal de l'organisme, n'augmentent pas chez l'individu sain le nombre des globules, ne produisent pas l'hyperglobulie, quelles que soient les doses, et cependant chez les anémiques, le fer est le régénérateur par excellence des globules, de leur nombre, de leurs propriétés, de leurs fonctions.

Il y a donc entre ces deux classes de médicaments une différence, une opposition même, et si les agents de la médication altérante, comme les alcalins, peuvent à un moment donné passer pour des agents capables de reconstituer, c'est parce qu'ils n'ont pas été employés dans les conditions voulues pour qu'ils soient altérants. Il est inadmissible que la médication alcaline soit en même temps et dans les mêmes conditions altérante et reconstituante, aussi altérante que reconstituante, d'autant plus reconstituante qu'altérante, *et vice versâ*, ainsi qu'il résulterait de l'assertion de M. Durand-Fardel, à savoir que la reconstitution est, comme l'effet altérant, en rapport avec la richesse sodique du médicament. Dans les observations de M. de Lalaubie, a-t-on fait appel à une grande quantité de soude pour modifier les fonctions digestives et consécutivement l'état du sang? Pas le moins du monde; on a donné de 1 gramme 75 à 2 grammes 50 de bicarbonate de soude, pas davantage, et cela a suffi; je dirai même, c'est grâce à cela que la reconstitution a été obtenue; que ce soit par la transformation en chlorure et acide carbonique, comme le pense M. Rabuteau, ou autrement, peu importe pour l'instant.

Gubler dit, « qu'il n'y a que des actions physiologiques, en ce sens que, d'une part, les

médicaments sont uniquement des modificateurs d'organes ou de fonctions et nullement des antagonistes d'entités morbides, et que, d'autre part, ils agissent en santé comme en maladie. »

Eh bien, les alcalins à petite dose réveillent la vitalité des éléments cellulaires, ramèneraient même, d'après Virchow, les mouvements des cils vibratiles qu'on aurait pu croire éteints pour toujours, activent la sécrétion du suc gastrique et favorisent la nutrition en favorisant les combustions. Voilà ce qu'ils font à l'état de santé et ce qu'ils font à l'état de maladie; mais administrés à plus haute dose, ils agissent d'une manière absolument différente, on peut même dire opposée, je l'ai montré plus haut : ils entravent la nutrition, abaissent la température, altèrent le sang et l'économie tout entière. Ils n'agissent donc pas *plus ou moins*, suivant les doses, mais ils agissent *tout à fait différemment*. Ils exercent donc une double action physiologique qu'il faut connaître et apprécier à sa juste valeur, pour appliquer sainement la médication alcaline à telle ou telle maladie, et ce n'est pas en disant qu'elle est en même temps reconstituante, altérante et résolutive, qu'on éclairera la pratique par la science.

Ce n'est que par l'ingestion des alcalins à certaines doses, 5 à 8 grammes en général et sans doute par leur présence en excès dans le sang, qu'on obtient les effets altérants immédiats, les grands effets physiologiques notés par les étudiants allemands, par MM. Rabuteau et Constant, par M. Climent ; or, de l'avis de tous les observateurs, de ceux-là même qui tiennent le plus en honneur les alcalins, c'est de l'excès que naissent les accidents de dépression organique qu'on leur reproche. On ne peut donc pas plus soutenir que les effets reconstituant soient corrélatifs aux effets altérants, qu'on ne peut soutenir que les alcalins sont inoffensifs eu égard à l'ensemble du système, que les eaux de Vichy (sans dire comment on les administre) représentent une médication d'assimilation et de reconstitution.

Sans avoir épuisé cette partie de mon sujet, je lui ai donné un tel développement que je craindrais vraiment d'abuser si je discutais encore longuement devant vous les autres assertions du travail de M. Durand-Fardel; je ne vais donc les discuter que très brièvement pour arriver aux conclusions.

M. Durand-Fardel constate que le traitement de Vichy est plus favorable dans la goutte aiguë que dans la goutte chronique, et que les tendances hydrémiques constituent une contre-indication au traitement par Vichy; ceci n'a rien qui nous étonne, nous qui croyons que, dans la goutte, c'est l'effet altérant des alcalins qu'on recherche à Vichy, et qui ne croyons pas que l'effet reconstituant soit en rapport et avec l'effet altérant et avec la richesse sodique du médicament employé; mais notre honorable collègue doit assurément s'en étonner et nous lui savons gré de nous fournir sciemment des arguments contre sa manière de voir; trop souvent en effet on ne trouve mentionnés, parmi les contre-indications d'une eau minérale, que le cancer et une série d'autres états fatalement mortels à plus ou moins bref délai. Il est évident que si dans sa longue pratique M. Durand-Fardel avait constaté les effets reconstituants proprement dits des eaux de Vichy, il ne nous dirait pas aujourd'hui, dans un travail où il veut établir nettement leurs propriétés reconstituantes, qu'elles ne conviennent que peu ou pas, quand il y a lieu d'enrayer la déchéance de l'organisme ou d'opérer sa reconstitution, ce qui est le cas chez les goutteux chroniques, chez ceux qui sont déjà atteints par l'hydrémie.

A cette constatation que la chlorose n'est pas aussi favorablement modifiée à Vichy que l'anémie, nous répondrons que, l'anémie n'étant pas une maladie, il se peut très bien que beaucoup d'anémies de cause modifiable par le traitement de Vichy soient améliorées par lui, tandis que la chlorose, qui est une véritable entité morbide, ne l'est pas ou ne l'est que médiocrement. Je dois dire cependant qu'il m'est arrivé plusieurs fois d'agir mieux sur la chlorose par l'adjonction des alcalins au fer, que par l'administration du fer seul, mais je dois ajouter que c'est toujours à très petite dose qu'en pareil cas j'ai employé les alcalins.

Je m'arrête à ces considérations et je termine par les *conclusions* suivantes :

Les eaux de Vichy, comme les alcalins pharmaceutiques, ne peuvent agir en même temps et directement comme altérants, résolutifs et reconstituants.

Les eaux de Vichy, bien que plus aptes que les alcalins pharmaceutiques à produire des effets de stimulation organique et fonctionnelles, spécialement du côté des voies digestives et de la nutrition, ne sauraient, pas plus que ceux-ci, être classés parmi les médicaments reconstituants.

Les effets reconstituants, constatés après l'usage des eaux de Vichy, sont des effets indirects, résultant de l'action de la médication sur la maladie qui a entraîné le dépérissement organique et l'atonie fonctionnelle.

Suivant leur mode d'emploi, elles peuvent agir en stimulant ou en modérant les combustions et la nutrition.

Quand on veut, par leur administration, obtenir l'effet altérant proprement dit, il faut renoncer à obtenir l'effet reconstituant direct et arriver à des doses suffisantes pour aug-

menter la proportion des sels de soude dans le sang, et, dès lors, on s'expose à provoquer les accidents signalés par les anciens, et depuis par Magendie, Trousseau, Hirtz, Gubler, Rabuteau, etc., etc.

En clinique, ces accidents paraissent être plus souvent consécutifs à l'emploi trop longtemps prolongé du bicarbonate de soude qu'à son emploi à très haute dose pendant un temps relativement court. Il y a, à ce sujet, de très grandes différences de susceptibilité suivant les malades, et les doses à prescrire sont essentiellement variables.

Les eaux de Vichy et les alcalins doivent conserver le rang qui leur a été assigné jusqu'à ce jour dans les classifications thérapeutiques et rester au nombre des grands médicaments de la médication altérante tant que cette classe de médicaments sera maintenue.

Toutes les eaux minérales, quelle que soit leur composition chimique, peuvent produire et produisent les effets de stimulation organique signalés à propos de Vichy, et personne ne songe à les ranger toutes pour cela dans la médication reconstituante, en les maintenant d'ailleurs dans le cadre des médications que leur action spéciale, les résultats cliniques et leur composition chimique leur ont assigné.

De l'aveu même de ceux qui exaltent les propriétés reconstituantes des eaux de Vichy et des alcalins, c'est dans les cas où il y a le plus lieu de reconstituer que les effets des unes et des autres sont le moins favorables, et c'est précisément pour ce motif que, dans la goutte, les eaux de Vichy ne paraissent convenir que dans les formes aiguës, florides et chez des sujets vigoureux.

— La séance est levée à six heures.

*Le secrétaire annuel*, Dr THEVENOT.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Observations de bronchite avec accès de dyspnée chez un enfant; éruptions postérieures d'urticaire*, par le docteur GUÉRAUD (de Menton). — Une enfant, âgée de 9 ans, ayant des antécédents herpétiques héréditaires, est atteinte d'une bronchite, durant l'hiver 1877. Elle paraissait complétement guérie, quand, tout à coup, quelques mois plus tard, le 10 mai 1877, elle éprouve subitement de violentes quintes de toux, des vomissements et de la dyspnée. On constate simultanément que la poitrine est sonore, et qu'à l'auscultation il existe des râles ronflants et sibilants dans toute la hauteur des poumons. Les accidents dyspnéiques disparaissent rapidement, et deux jours après, la maladie n'était plus qu'un catarrhe bronchique ordinaire. Les bruits du cœur sont normaux. Le 31 mai, les mêmes accidents se reproduisent subitement avec une telle intensité, que l'asphyxie paraît imminente. Le lendemain, l'amélioration était complète, et la crise s'était terminée vers le matin. Cette crise fut la dernière, et depuis cette époque, l'enfant n'a plus éprouvé d'accidents de ce genre; seulement, l'année suivante, au mois de mai, elle fut atteinte d'*éruptions successives d'urticaire.*

En présence de ces phénomènes, l'auteur se demande s'il n'existerait pas chez les enfants une forme dyspnéique de bronchite, dans laquelle les troubles respiratoires ne seraient pas en rapport, par leur intensité, avec les lésions anatomiques et si cette forme ne serait pas aussi en relation avec des accidents diathésiques; dans le cas actuel, il existait des antécédents herpétiques héréditaires.

Ce fait clinique a des points de ressemblance, d'une part avec une observation dont le docteur Blachez a donné dernièrement lecture à la Société médicale des hôpitaux; et, d'autre part, avec les relations qui unissent certaines formes d'asthme et les dermatoses, et qui ont été signalées, en février dernier, à la Société de thérapeutique, par les docteurs Gueneau de Mussy et Const. Paul. (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, p. 413, n° 26, 1er juillet 1881.) — Ch. E.

*Nouvelle application de l'électricité aux accouchements*, par le docteur APOSTOLI. — L'auteur expose les résultats de ses observations dans 32 cas, pour lesquels il a fait, au total, 500 électrisations de l'utérus à l'état de gravidité ou de puerpéralité. Les conclusions auxquelles il est conduit sont : 1° que l'électrisation dans les accouchements est facile, simple, énergique et toujours inoffensive; de plus, elle accélère l'involution de l'utérus; 2° que par ce moyen on évite des complications utérines ultérieures et on met en jeu la contractilité utérine plus rapidement et plus énergiquement que par l'emploi du seigle ergoté. (*Journal de thérapeutique*, p. 446, n° 12, 25 juin 1881.) — Ch. E.

*Hernie diaphragmatique immense dans le côté gauche de la poitrine ayant duré plusieurs années*, par le dooteur FOUCRAS. — Le malade avait éprouvé une violente compression de la poitrine il y a dix ans, par la chute d'un arbre; mais il s'était rétabli, quand, en juin 1880, il fut atteint de troubles gastriques. A l'examen du thorax, on observa une matité de la base

de la poitrine du côté gauche, à laquelle correspondait l'abolition du murmure respiratoire et un bruit de glouglou rendu manifeste surtout par la succussion. Les troubles digestifs, les vomissements augmentèrent, et le malade succombait subitement en juillet suivant.

A l'autopsie, on constata l'état normal du diaphragme à droite et son absence à gauche, de sorte que les cavités abdominale et thoracique formaient de ce côté une loge unique. Dans la portion thoracique de cette loge se trouvaient le côlon transverse, la rate, l'épiploon et l'estomac, à l'exception du pylore. L'estomac était en rapport : 1° avec le péricarde rejeté à droite ; 2° avec le poumon gauche, diminué de volume et refoulé dans le sommet du thorax. La mort était le résultat d'une ulcération de la première portion du duodenum, s'étendant aux vaisseaux pyloriques et ayant été la cause de l'hémorrhagie gastro-intestinale à laquelle le malade avait succombé. Le centre phrénique était conservé et le pilier gauche limitait le muscle à gauche La portion de la voûte diaphragmatique située entre ces deux dernières régions manquait seule. (*Recueil de méd. vétér.*, p. 537, t. VIII, 6e série, 15 juin 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

### Traitement du phagédénisme du chancre simple. — A. Fournier.

1° Repos absolu, régime sévère, boissons laxatives, bains quotidiens d'une à deux heures, bains locaux, pansements avec charpie imbibée de décoction de guimauve et pavot. — 2° Après sédation complète des symptômes inflammatoires, pansement avec une solution de nitrate d'argent composée de : nitrate d'argent cristallisé 1 gramme, eau distillée 30 grammes. Si cette solution paraît trop irritante, on la dilue au cinquantième ou au centième. — Il est encore deux topiques qui jouissent d'une efficacité incontestable, bien qu'inférieure à celle du nitrate d'argent ; ce sont : le tartrate ferrico-potassique et l'iodoforme. — Lorsque le phagédénisme a résisté à tous les traitements, on n'a plus qu'à recourir aux caustiques pour le transformer en une plaie simple. — N. G.

## COURRIER

Tunnel du Simplon. — La commission nommée par la Chambre pour l'examen du tunnel du Simplon, a pris tout récemment communication du rapport fait par M. Lesguillier, directeur des chemins de fer de l'État.

La commission, à l'unanimité, a reconnu qu'il était nécessaire de créer un nouveau passage à travers les Alpes, de façon à faire dériver sur le réseau français le trafic international que le percement du Saint-Gothard pourrait attirer trop exclusivement sur les voies ferrées de l'Allemagne.

Il y a là pour la France une question tout autant de patriotisme que d'intérêt commercial et financier. (*Les Mondes.*)

Le langage des insectes. — Un savant anglais vient de faire une découverte qui nous paraît surprenante. Les mouches auraient d'après lui un langage particulier que ne peuvent percevoir les oreilles humaines, mais qui devient clair pour les autres insectes. Il n'est point question en ce moment du bourdonnement que nous entendons si souvent, bourdonnement qui n'est autre que le résultat du rapide mouvement de leurs ailes, mais bien de sons particuliers, comme si elles s'entretenaient entre elles avec intention préméditée de se faire comprendre.

L'appareil employé pour cette découverte fut le microphone : le sujet une mouche ordinaire se promenant sur une table. Pendant le temps de l'expérience, des bruits divers furent parfaitement entendus, distincts du bourdonnement des ailes, et ressemblant aux hennissements d'un cheval dans le lointain. Le principal résultat que procure ce judicieux appareil, le microphone, est de rendre aux oreilles les sons beaucoup plus sensibles, comme le microscope grossit les objets à nos yeux. (In *Scientific Reporter* et *Journal d'hygiène.*)

Erratum. — Dans le numéro du 19 juillet, nous avons désigné M. le docteur Bourot, médecin principal, comme ayant été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur. C'est le grade d'officier qui a été conféré à notre confrère, chevalier du 1er mars 1864. Nous rectifions sur sa demande cette petite erreur typographique.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

## Congrès médical international

**DU SCEPTICISME EN MÉDECINE,**

Par feu le docteur Maurice RAYNAUD.

Lu en séance générale du Congrès de Londres, le 3 août 1881,

Par M. le docteur FÉRÉOL.

[Cette dernière œuvre de Maurice Raynaud, dont la lecture a obtenu un très grand et très légitime succès, ainsi que nos lecteurs pourront en juger, était presque achevée à sa mort. M. Féréol voulut bien la revoir et y mettre la dernière main. La manière dont il lut le travail de son ami a été pour beaucoup dans les applaudissements qu'il a recueillis, et les félicitations de nos confrères anglais qui siégeaient au bureau l'ont récompensé de la peine qu'il avait prise en corrigeant le discours de Raynaud et en redisant aussi fidèlement sa pensée.

Le président du Congrès, sir James Paget, a pris ensuite la parole pour exprimer, au nom des membres du Comité, les regrets qu'ils avaient éprouvés en apprenant la mort de notre éminent compatriote.] — L.-H. PETIT.

Messieurs,

C'est peut-être un étrange dessein, c'est à coup sûr un dessein périlleux, que celui qui, — pour une fois que m'échoit l'insigne honneur de porter la parole devant cette grande Assemblée, — m'amène à l'entretenir du *scepticisme en médecine.*

N'est-ce point aller au rebours de ce que vous attendez de moi, et de ce qu'exige la circonstance? Votre présence ici, Messieurs, confrères des deux mondes, qui êtes venus, de tous les points de l'univers civilisé, apporter votre concours à l'œuvre du progrès commun, n'est-elle pas, à elle seule, une protestation et une leçon? N'affirme-t-elle pas hautement que vous avez foi dans votre science et dans votre art?

J'ose me flatter toutefois que si vous voulez bien, comme je vous y convie, jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'état actuel de la science et de la pratique médicales, et, qui sait? faire un retour sur vos propres pensées, vous jugerez, comme moi, que le sujet que j'ai choisi ne manque pas absolument d'opportunité; qu'en vous parlant du scepticisme, je ne parle ni d'un inconnu, ni peut-être d'un absent; qu'enfin, si tant est que ce soit là un ennemi (ce que nous aurons précisément à examiner), ce n'est point, en tout cas, un ennemi imaginaire.

Et d'abord, expliquons-nous sur ce que nous devons entendre par ce mot de *scepticisme.*

Ainsi que vous le savez fort bien, on désigne sous ce nom deux choses qui méritent d'être distinguées : d'une part, un système philosophique, très nettement défini, consistant à nier les fondements de la certitude; d'autre part, une certaine tendance intellectuelle, une tournure d'esprit, relevant autant de l'habitude et de l'éducation que du raisonnement, et conduisant à un doute plus ou moins universel.

Du système philosophique je n'ai rien à dire; ce n'est pas ici le lieu de nous en occuper. Je me contente de noter en passant, qu'à s'en rapporter au sens étymologique, σχέπτομαι ne veut pas dire *douter*, mais *examiner*, ce qui n'est pas la même chose; et que c'est par un véritable abus de langage que s'est établie cette confusion, dont, je le reconnais d'ailleurs, les sceptiques sont principalement responsables.

Douter est une excellente disposition pour entreprendre un examen quelconque. Mais on examine, pourquoi? précisément pour se faire une opinion, c'est-à-dire pour sortir du doute. Que si l'on est décidé d'avance à suspendre indéfiniment son jugement, et à ne pas s'arrêter dans la recherche, même devant la vérité démontrée, ce n'est vraiment pas la peine d'aborder l'étude d'une question.

Ainsi se trouve établie une distinction nécessaire entre le scepticisme proprement dit et le doute philosophique, ce dernier non-seulement restant en soi parfaitement légitime, mais devant être posé comme la première condition de toute science.

Si maintenant nous envisageons le scepticisme non plus comme un système que nous abandonnons aux disputes de l'école, mais comme une disposition et comme une tendance pratique, nous aurons ici encore une distinction non moins légitime à établir entre le scepticisme entendu en ce sens, et l'esprit critique.

L'esprit critique est ce qu'il y a de plus louable au monde; je le crois, pour ma part, plus développé de notre temps qu'il ne l'a jamais été. Il consiste à se montrer exigeant en fait de

preuves, à vouloir contrôler les assertions les plus plausibles, à considérer les théories les mieux établies comme des jalons provisoires qui servent à grouper les faits, mais qu'il faut se tenir prêt à abandonner aussitôt que la théorie sera démontrée fausse ou insuffisante.

Je reconnais d'ailleurs qu'entre l'esprit critique et le scepticisme, la limite est fort malaisée à établir : celui-ci n'est guère que l'exagération de celui-là, et il est très facile de passer de l'un à l'autre. Qui peut dire où commence l'exagération? Quel est le groupe de faits de l'ordre physiologique et vital où l'on puisse se flatter de posséder une vérité tellement définitive, qu'il n'y ait plus à y revenir? Oui, assurément, il existe de ces faits; ils sont les fondements de notre art; mais en combien petit nombre! Et par contre, combien est considérable, on pourrait dire infini, le nombre de ceux qui, partiellement connus, insuffisamment explorés, restent comme un champ ouvert à la recherche, et par conséquent au doute!

Vous le voyez : contrairement au mot de Royer-Collard, je suis disposé à faire au scepticisme sa part; mais je crois la faire suffisamment large en lui assignant comme domaine les terrains vagues qui se trouvent sur les confins de la critique; encore lui demanderai-je de reconnaître, au moins théoriquement, qu'il n'a pas le droit d'envahir le champ de sa voisine.

Cela dit, Messieurs, vous entendez bien qu'il ne saurait entrer dans ma pensée de faire ici l'histoire du scepticisme médical, d'instituer, sous ce point de vue, un parallèle en règle entre les anciens et les modernes, ni, à plus forte raison, de mettre tout le scepticisme d'un côté, toute la croyance de l'autre. Ce serait là un pur jeu d'esprit, aussi contraire au bon sens qu'à l'histoire. Il y a eu de tout temps, et vraisemblablement il y aura toujours des sceptiques. La vérité est que le scepticisme est une des faces de l'esprit humain, comme l'extrême crédulité en est une autre. S'il fallait absolument choisir entre les deux, c'est encore au scepticisme qu'i faudrait donner la préférence; car, encore qu'il soit stérile par lui-même, au moins a-t-il l'avantage d'entretenir dans le monde cette idée salutaire que la science n'est pas faite, ce qui est la condition indispensable pour qu'elle se fasse.

Scepticisme, crédulité, ne semble-t-il pas que ce soient les deux antipodes? Et cependant, chose curieuse, l'expérience de tous les jours nous montre que ces deux travers sont loin de s'exclure, et ne sont nullement inconciliables. C'est même le trait saillant du scepticisme des gens du monde à l'endroit de la médecine. Nous touchons ici, Messieurs, à un très petit côté de la question, sur lequel je rougirais de retenir longtemps une réunion comme la vôtre. Je ne puis pourtant pas le passer complètement sous silence.

Chaque jour, nous rencontrons des gens qui viennent nous dire d'un air profond que la médecine est une science conjecturale. A quoi je réponds toujours que, si l'on désigne sous ce nom une science dans laquelle il entre de la conjecture, il n'y a pas une science (y compris l'astronomie, la physique et la chimie), à laquelle ce reproche ne puisse s'adresser. Je ne parle, et pour cause, ni du droit, ni de l'économie politique. Toute la question est de savoir dans quelle mesure la conjecture s'y rencontre. Or, les gens qui parlent ainsi, non-seulement ignorent les premiers principes de la science qu'ils jugent avec tant de rigueur, mais, la plupart du temps, ne la jugent ainsi que parce qu'ils lui demandent beaucoup plus qu'elle ne déclare elle-même être en état de donner. D'où les déceptions que vous savez, et, avec les déceptions, le torrent d'injures et d'impitoyables plaisanteries auxquelles nous sommes habitués de longue date. J'ai eu jadis l'occasion d'étudier de près celles de notre Molière, et d'en discuter la valeur. Mais Molière lui-même ne faisait en cela que suivre une tradition aussi vieille que la comédie, et aussi vieille que la médecine. Aristophane déjà donnait, fort irrévérencieusement, au dieu Esculape, le nom de *Scatophage*, c'est-à-dire mangeur d'excréments. Vous voyez que cela ne date pas d'hier. La liste des détracteurs de la médecine serait impossible à faire; c'est une légion.

Si les médecins étaient gens vindicatifs, ils n'auraient qu'à faire ressortir l'aveugle confiance de leurs détracteurs dans l'empirisme le plus grossier. Ceci est encore une histoire de tous les temps : depuis Caton l'ancien, qui faisait, dit-on, chasser les médecins de Rome, défendait à son fils de recourir à leur ministère, et néanmoins passait son temps à droguer sa femme, ses esclaves et ses bestiaux; jusqu'à M[me] de Sévigné, qui ne tarit point en sarcasmes sur l'inanité de la médecine, renchérissant, s'il est possible, sur Molière lui-même, et, en même temps, inonde ses amis d'une foule innombrable de remèdes absurdes, auxquels elle demande, pour toute garantie, d'avoir une origine qui ne soit pas médicale.

Tout cela est fort misérable; et, ce qu'il y a de plus triste, c'est qu'on ne peut pas dire que les alternatives de défaveur et d'engouement par lesquelles a passé notre art se puissent expliquer par la valeur intrinsèque des œuvres et des hommes. Les caprices et les oscillations de la mode y ont eu plus de part que la marche générale des idées régnantes. La fin de notre XVIII[e] siècle, en France ne passe pas généralement pour un âge de foi; c'est pourtant peut-être l'époque où la profession médicale a exercé le plus grand ascendant. Le duc de Lévis nous a laissé dans ses Mémoires un piquant tableau de l'admiration sans bornes, de la

confiance tendre et soumise que la médecine rencontrait dans la haute société d'alors, surtout parmi les femmes : « Je ne saurais, dit-il, comparer les sentiments de ces dames pour « leurs médecins, qu'à ceux que leurs grand'mères avaient, à la fin du siècle de Louis XIV, « pour leurs directeurs. Et, dans le fait, ajoute-t-il finement, la préférence que, de nos « jours, le corps avait obtenu sur l'âme, explique assez ce déplacement d'affections. » Il faut ajouter, par compensation, que les grandes dames qui écoutaient comme des oracles les conseils de Tronchin, et se pressaient en foule aux séances de la Société royale de médecine pour y entendre la parole fleurie de Vicq d'Azyr, étaient probablement les mêmes qu'on retrouvait non moins nombreuses et plus passionnées, autour du baquet de Mesmer.

On parle beaucoup du progrès des lumières, et je ne veux pas le contester; mais, à vrai dire, on ne s'en aperçoit guère dans le sujet qui nous occupe.

Regardons autour de nous, et nous retrouverons la même infatuation ignorante, le même mélange du scepticisme le plus déraisonnable avec la superstition la plus enfantine, le même esprit à la fois railleur et badaud, qui ne croit à rien parce qu'il croit à tout, qui récuse la médecine scientifique et accepte, sans sourciller, tables tournantes, spiritisme et homœopathie, le tout sans autre règle que la pure fantaisie. Et cette disposition étrange, ce n'est pas seulement, ce n'est pas principalement dans le peuple que nous pouvons l'observer; c'est dans les classes élevées, c'est dans les esprits d'ailleurs instruits et cultivés, quelquefois même parmi de véritables savants.

Je ne parle, bien entendu, que pour la France; mais j'ai ouï dire que la sage Angleterre elle-même n'est pas exempte, sous ce rapport, des infirmités de la nature humaine.

En voilà bien assez sur ce sujet. Pour qu'il vaille la peine de discuter un jugement, le moins que l'on puisse exiger, c'est la compétence du juge. Ici elle fait défaut.

Malheureusement, Messieurs, nous pouvons le dire entre nous, ce sont les médecins qui ont donné le mauvais exemple. La remarque en a été faite bien souvent; jamais philosophes, littérateurs, poëtes, n'ont dit autant de mal de la médecine que les médecins eux-mêmes. Où trouverait-on sur la thérapeutique, par exemple, un jugement plus cruel que celui-ci :

« Incohérent assemblage d'opinions elles-mêmes incohérentes, elle est peut-être, de toutes « les sciences physiologiques, celle où se peignent le mieux les travers de l'esprit humain. « Que dis-je? Ce n'est point une science pour un esprit méthodique; c'est un ensemble « informe d'idées inexactes, d'observations souvent puériles, de moyens illusoires, de for- « mules aussi bizarrement conçues que fastidieusement assemblées. On dit que la pratique de « la médecine est rebutante; je dis plus : elle n'est pas, sous certains rapports, celle d'un « homme raisonnable, quand on en puise les principes dans la plupart de nos matières « médicales. »

Qui s'exprime ainsi, Messieurs? Ce n'est pas le premier venu. C'est Bichat, que nous revendiquons tous plus ou moins, et avec raison, comme un des promoteurs de la science moderne.

Et c'est par centaines que nous pourrions emprunter à nos principaux chefs d'école des portraits aussi peu flatteurs; sans compter Broussais, qui déclare sans ambage que jusqu'à lui, Broussais, la médecine n'a fait que bercer les hommes d'un chimérique espoir, et, qu'à tout prendre, elle a été plus nuisible qu'utile à l'humanité.

Convenez qu'après cela, les gens qui nous jugent du dehors sont excusables d'y mettre un peu de sévérité.

Eh! mon Dieu! pour remonter aux sources, est-ce que la première parole écrite de la médecine n'est pas une parole de découragement et de doute? *Ars longa, vita brevis, experientia fallax, judicium difficile!* C'est le premier de tous les aphorismes d'Hippocrate; et Peisse se demande ironiquement comment, après l'avoir écrit, Hippocrate a eu le courage d'écrire le second et les suivants. Sans doute cette grande parole est, avant tout, une admirable leçon de modestie et de prudence. Mais il s'en faut qu'elle ait été toujours comprise ainsi, et le fait est qu'entre le scepticisme et la médecine semble toujours avoir existé je ne sais quelle affinité naturelle. Ce ne peut être un simple effet du hasard, si la liste des philosophes sceptiques contient tant de noms de médecins : Sextus Empiricus, Cornelius Agrippa, Sanchez de Toulouse, Martin Martinez, Léonard de Capoue; d'autres encore, parmi lesquels je serais bien tenté de compter Rabelais, qui nous appartient comme médecin, et qui, comme philosophe, bien qu'il soit un irrégulier assez difficile à classer, ne s'enrôle pas, à coup sûr, parmi les orthodoxes.

Je vous citais il y a un instant Cornelius Agrippa. Il va sans dire que, dans son livre, la médecine est particulièrement maltraitée. Mais voici qui est peu connu, je crois. Montaigne, dont il est difficile de ne pas prononcer le nom quand on parle de scepticisme, a écrit, comme vous le savez, un chapitre d'une rare amertume contre la médecine. Les traits y sont acérés, et, il faut bien l'avouer, beaucoup portent juste. On y sent la main d'un connaisseur. Eh bien,

Messieurs, il y a là un de ces tours dont Montaigne est coutumier. C'est lui, en effet, qui, dans un autre livre, sous prétexte d'apologie du philosophe et médecin Raimond Sebon, l'enrôle de force dans le camp du scepticisme, et fait passer sous le couvert de son héros ses propositions les plus exorbitantes. Ici, il fait mieux encore. Il ne dédaigne pas, dans maint passage, de copier Cornelius Agrippa, je dis de le copier jusqu'au plagiat, et, comme de juste, sans le citer. Si bien que « cette dyspathie naturelle à la médecine » qu'il prétend avoir reçue en héritage de son père et de son grand-père, et qui résiste chez lui aux atteintes de la gravelle, on ne peut nier qu'il en ait trouvé l'expression dans ses lectures. Son thème était fait; c'est possible. Mais, pour une bonne part du moins, c'est un médecin qui lui a fourni ses arguments.

Messieurs, je viens de remuer de bien vieux souvenirs. Veuillez croire que je n'y cherche point matière à allusions. S'ils suscitent dans votre esprit quelque comparaison avec le présent, je n'y suis pour rien.

Mais j'aurais fait une besogne bien oiseuse, si, dans ce retour vers le passé, je ne cherchais à démêler les causes d'un fait si général et si constant, qu'il semble un mal inhérent à la médecine.

Ah! Messieurs, les causes du scepticisme médical! Il y en a d'abord qui sont de tous les temps, et de tous les pays; et, pour les découvrir, il n'y a qu'à connaître un peu le cœur humain. Le scepticisme, et c'est une de ses grandes forces, a ceci de particulier qu'il flatte à la fois en nous deux de nos instincts les plus profonds et, il faut bien le dire, de ceux qui ne sont pas le plus à l'honneur de notre nature : la paresse et la vanité; la paresse, en nous dispensant de chercher la vérité, qui demande un effort pour être découverte, et qui, comme le royaume de Dieu, souffre la violence; la vanité, en nous mettant à même de critiquer, de dédaigner à bon marché le labeur d'autrui, et en nous fournissant la douce persuasion que nous planons au-dessus du préjugé commun.

Il y a de cela au fond de tout scepticisme. Mais Dieu me garde de dire qu'il n'y ait que cela! Il y a aussi, pour bon nombre d'esprits des plus consciencieux et des plus réfléchis, le découragement inévitable qu'amènent le choc des opinions contradictoires, la difficulté de se faire une conviction propre, l'incertitude des résultats thérapeutiques. Comment s'étonner dès lors de rencontrer tant de médecins parmi les sceptiques! N'est-ce pas en médecine surtout que les phénomènes sont le plus complexes, le plus difficiles à étudier, se présentant sous les aspects les plus différents, encore bien qu'ils soient les mêmes au fond? N'est-ce pas en médecine qu'il est le plus difficile de poser des règles fixes, invariables, qui ne soient pas infirmées par de nombreuses exceptions? N'est-ce pas là ce qui a donné lieu à cette multitude de systèmes qui vont se heurtant, se combattant, se détruisant, et dont l'incessante caducité rappelle la fameuse phrase de Bossuet sur le bruit que font les empires en s'écroulant les uns sur les autres?

En face de ce spectacle, il faut vraiment quelque force d'âme pour ne pas se lamenter sur la vanité des conceptions de l'esprit humain, et ne pas se laisser aller à la tentation de les envelopper toutes dans le même dédain. C'est surtout quand on a beaucoup vécu avec le passé, qu'on a remué la poussière des bibliothèques, et qu'en face de cette montagne de livres, de manuscrits accumulés depuis des siècles, on songe à la médiocrité du résultat, au peu que l'on sait, à tout ce qui reste à apprendre; c'est alors surtout qu'on en arrive à la satiété, au dégoût du livre, et l'on comprend alors la boutade de Sydenham, à qui l'un de ses amis demandait, un peu naïvement, quel était le meilleur livre à lire : « Mon ami, répondit celui qu'on a appelé l'Hippocrate anglais, lisez Don Quichotte! » Sydenham n'était pourtant pas un sceptique, et il avait gardé à son usage un livre où il savait lire admirablement, le livre de la nature.

Mais, Messieurs, la véritable cause du scepticisme médical, la plus puissante, c'est que la médecine, en même temps qu'elle est une science, est une profession. Ne nous en plaignons pas; c'est une de ses gloires, la meilleure peut-être; car, par là, elle donne satisfaction à ce qu'il y a de plus généreux et de plus élevé dans le cœur humain, le besoin de venir en aide à ceux qui souffrent. Mais c'est une gloire onéreuse. La profession pèse sur la science; celle-ci sera toujours, quoi qu'on fasse, bien au-dessous de ce qu'exigerait celle-là. Or, il y a pour tout médecin ayant conscience de la dignité de son art, un sentiment douloureux qui naît de notre impuissance en présence de tant de maux. Quel contraste entre l'immensité des services que l'on attend de nous et ce que nous sommes réellement en mesure de faire! Comment justifier l'excès de confiance de tant de malades? Il faut bien, malgré tout, agir, lutter. La science est incomplète, elle le sera toujours; n'importe, il faut prescrire. C'est là, Messieurs, convenons-en, une pernicieuse habitude à prendre pour un esprit scientifique. On s'accoutume ainsi à agir au hasard, en aveugle, ou bien à se faire illusion à soi-même sur ce que l'on sait, sur ce que l'on ignore. Devant cette alternative, certains esprits absolus, peu enclins aux tem-

péraments, se rejettent dans le doute et l'inaction, et se paient de cet argument que, si l'on peut dire, avec Auguste Comte, que *savoir c'est pouvoir*, il est non moins juste d'affirmer qu'ignorer c'est être impuissant.

Telles sont, Messieurs, les plus importantes des causes générales qui, en tout temps, en tout pays, ont amené un grand nombre de médecins sous la bannière du scepticisme.

Il en est d'autres qui sont plus spéciales, soit aux temps anciens, soit à notre époque, et sur lesquelles je vous demande la permission d'insister un moment.

Parlons d'abord du passé.

Mais quel est le sens en médecine de ce mot : le passé? Où finissent les anciens, où commencent les modernes? C'est à l'Angleterre, Messieurs, qu'il appartient de nous répondre; à elle revient l'honneur d'avoir inauguré véritablement l'ère moderne dans les sciences médicales. En effet, comme l'a dit Daremberg, il n'y a vraiment que deux grandes périodes dans l'histoire de la médecine, celle qui a précédé, et celle qui a suivi votre grand, votre immortel Harvey.

Avant Harvey, on envisage l'homme malade par le dehors, quelquefois, disons-le, avec une étonnante, une admirable sagacité; mais enfin toujours par le dehors, le symptôme. Depuis Harvey, on l'étudie par le dedans, par la fonction. En même temps Harvey introduit dans la science cette idée nouvelle et féconde, qu'il y a en physiologie des lois permanentes et immuables. Jusque-là, on ne savait rien en physiologie; à partir de ce moment, on commence à apprendre.

Mais vous le savez de reste, Messieurs, il s'en faut que la chronologie soit toujours d'accord avec les doctrines. Il a fallu plus d'un demi-siècle pour que la circulation du sang fût admise sans conteste; un demi-siècle pendant lequel la doctrine nouvelle se heurta à la plus étrange et à la plus affligeante des formes du scepticisme : celle qui s'obstine à fermer les yeux devant l'évidence, et à combattre par les seules armes de la dialectique les faits les mieux établis. Que de talent, que de science même, que d'esprit surtout, dépensés en pure perte par les adversaires des *circulateurs* comme on les appelait alors! Guy Patin, parmi bien d'autres, en est un exemple mémorable; esprit singulièrement délié, mais fermé à toute idée nouvelle, enveloppant dans un égal dédain, avec toute la pharmacopée de son temps, l'antimoine et la circulation du sang, réduisant, en fin de compte, toute la thérapeutique à la saignée, il nous fournit une preuve éclatante que le scepticisme et la routine marchent souvent de pair. Qui oserait dire, d'ailleurs, que la race des Guy Patin soit entièrement perdue, et que l'esprit de Harvey ait aujourd'hui partout et absolument triomphé?

De tout temps, mais certainement autrefois plus qu'aujourd'hui, c'est le dogmatisme qui est le père du scepticisme. L'étroitesse et la tyrannie du dogme conduisent directement au doute, surtout quand le dogme ne repose pas sur des assises bien solides. Or, quand on veut aller au fond de l'esprit ancien, qu'y trouve-t-on? Une notion vague et incomplète de la permanence des lois de la nature. Au milieu d'hypothèses tantôt mystiques, tantôt grossièrement matérialistes sur le *primum movens*, on rencontre toujours cette idée, plus ou moins consciente, plus ou moins formulée, mais admise par tous, que la vie est une force capricieuse, insaisissable; que dans toutes ses manifestations l'exception est presque aussi fréquente que la règle, et qu'il est impossible en ces matières ondoyantes de jamais rien affirmer de positif.

Eh! Messieurs, croyez-vous que ces manières de voir soient si éloignées de nous? N'entendez-vous pas répéter quelquefois autour de vous que les mots *jamais* et *toujours* ne devraient pas avoir cours en médecine où *tout arrive?* Ne vous est-il jamais arrivé d'entendre parler de *médicament infidèle*, de *maladie chanceuse*, etc.? Sous ces formules banales n'est-ce pas encore le scepticisme que nous rencontrons, un scepticisme qui s'ignore lui-même peut-être, mais qui n'en est que plus dangereux?

On dit beaucoup aujourd'hui qu'il n'y a plus de systèmes, que le temps des systèmes est passé, qu'on ne croit plus qu'aux faits, etc.... C'est un point sur lequel je demanderai de rester moi-même un peu sceptique. Rien qu'en France, depuis le commencement du siècle, n'avons-nous pas eu : la médecine physiologique; la médecine organicienne, et, en face de celle-ci, la vitaliste; la médecine numérique; la médecine exacte; la médecine positive, et même la médecine positiviste, ce qui n'est pas tout à fait la même chose? J'en citerais d'autres encore, si je voulais. D'ailleurs, cette prétention à la rigueur, à l'exactitude n'est point du tout particulière à notre époque. Croyez-vous que nos pères s'imaginaient faire de la médecine fantaisiste? Eux aussi, ils proclamaient la souveraineté de l'expérience et la toute-puissance des faits. C'est donc là un lieu commun.

Cependant, j'admets que les systèmes ont aujourd'hui perdu beaucoup de leur importance, en attendant qu'ils la reprennent. J'admets que, pour le moment, avertis par l'exemple du passé, nous n'embrassons plus toute la science dans une formule unique; qu'enfin, nos

conceptions, étant plus modestes, ont par cela même plus de chance d'être vraies. Vous voyez que je fais au temps présent tous les compliments exigés par la bienséance. Je ne lui demande en échange que de vouloir bien reconnaître les défauts de ses qualités, et c'est dans ses défauts que je trouverai encore certaines des causes du scepticisme médical moderne.

Je signalerai d'abord l'ignorance. Il serait plus conforme à la bonne confraternité et plus équitable même de dire : l'abus de la science. Aujourd'hui, la science est si vaste qu'on est forcé de se cantonner sous peine de rester improductif. De là ce fait, assurément très particulier à notre époque, que certains savants, des plus éminents dans leur spécialité, sont absolument ignorants en dehors d'elle. Et, comme il est toujours plus facile et plus court de douter que d'étudier, ce sont des adeptes tout trouvés pour certains scepticismes partiels, tels que le scepticisme thérapeutique, si fort à l'usage des gens du monde.

Il est d'autres façons d'abuser de la science, qui, de même, peuvent aboutir au doute. Le caractère dominant de la science actuelle, c'est, je vous le disais tout à l'heure, l'intervention directe de la physiologie. Cependant, la physiologie n'est pas la médecine; quelque étroits que soient les liens qui les unissent, la quantité de lumière que l'une apporte à l'autre est encore bien insuffisante. Aussi ne doit-on pas être surpris si bon nombre de physiologistes, et des plus éminents, sont en médecine d'un scepticisme absolu. Tel était chez nous Magendie, à qui il sera beaucoup pardonné parce qu'il nous a donné Claude Bernard.

Il n'est pas jusqu'aux progrès de l'anatomie pathologique qui ne semblent faits, dans certains cas, pour encourager les tendances au doute.

Jadis, par exemple, on croyait à l'efficacité de la saignée contre l'hémorrhagie cérébrale; il y avait là-dessus toute une théorie du *raptus* sanguin et de la dérivation par la saignée. Mais voici que la découverte des anévrysmes miliaires coule à fond toute cette théorie; et, du même coup, la lancette perd faveur.

Toutefois, Messieurs, disons-le bien haut, ce n'est que pour les esprits superficiels que les conquêtes de l'anatomie pathologique peuvent amener le discrédit des anciens, et la conclusion outrecuidante qu'il n'y a rien à faire en thérapeutique.

Il est trop facile de leur répondre, et je n'insiste pas.

Jusqu'à présent je vous ai défini et décrit le scepticisme, et j'en ai recherché les principales causes.

Mais à ce mal existe-t-il un remède? Tout d'abord j'entends une objection : Le scepticisme est-il vraiment un mal? Est-ce un ennemi qu'il faut combattre? N'est-ce pas plutôt un des côtés de la nature humaine avec lequel il faut transiger, dans l'impuissance où nous sommes de jamais en triompher.

Pour répondre à une pareille question, ce qu'il faut avant tout, Messieurs, c'est la sincérité. J'avais autrefois un vieux maître, assez sceptique lui-même, qui gémissait devant moi de l'impuissance de l'art, et il ajoutait : « Il ne faut pas dire cela aux jeunes gens; cela les découragerait; ils s'en apercevront toujours assez tôt. » Je n'ai jamais pu, quant à moi, comprendre cette manière de voir. Il faut dire à tous, aux jeunes comme aux autres, ce qu'on croit être la vérité. Si le résultat de tant de labeurs humains, de tant de sacrifices, de tant de veilles, était le néant, le devoir serait encore de le dire. L'erreur volontaire, quand on la garde pour soi, peut bien encore se parer du nom d'illusion; quand on l'enseigne aux autres, elle n'a plus qu'un nom, c'est le mensonge.

Mais, Messieurs, qui oserait soutenir que nous en soyons là? Qui oserait admettre l'existence d'un système qui aboutit en pathologie à l'ignorance, et en thérapeutique à l'inaction? Cherchons donc ensemble, Messieurs, les moyens de résister à cette tendance funeste, et de nous affermir encore dans nos croyances.

Le remède au scepticisme, il est, avant tout, dans la science elle-même, dans la science chaque jour mieux faite, mieux comprise, et dont le progrès incessant apporte à ses propres égarements le correctif désiré, à ses *postulata* la réponse attendue. Chaque progrès théorique amène, tôt ou tard, un progrès pratique qui arrive souvent d'où on l'attendait le moins.

Il ne suffit point de proclamer les mérites de la science exacte; en toute science, il y a du certain et de l'incertain. Il ne suffit pas non plus de médire de l'esprit de système. Les systématiques les plus fameux n'ont-ils pas été toujours les plus ardents à décrier les systèmes des autres? Il ne suffit même pas de bâtir son édifice sur le fondement réputé solide de l'anatomie pathologique.

Ce qu'il faut d'abord, c'est faire passer dans sa pratique et l'habitude journalière de son esprit la vérité qui découle des deux axiomes suivants : 1° l'absolue constance des lois qui régissent la vie; 2° la subordination rigoureuse des phénomènes à certaines conditions qu'il s'agit de déterminer. C'est cette dernière loi que Claude Bernard a appelée le *Déterminisme*, mot un peu barbare peut-être, d'autant plus discutable qu'il ne serait pas difficile de montrer

que son auteur lui-même ne l'a pas toujours employé dans le même sens. Mais si le mot est discutable, la chose ne l'est pas; ceci n'est plus un système ; c'est l'essence même de l'esprit scientifique.

Je n'ai pas à vous montrer les applications que Claude Bernard en a faites à la physiologie; et il serait trop long de vous détailler celles qu'on en a pu faire à la pathologie. Permettez-moi seulement un exemple.

Lorsque, dans ces derniers temps, l'étude des générations spontanées conduisit à la découverte de ce monde d'infiniment petits qui semblent nous assiéger de toutes parts, on put vraiment se demander comment l'espèce humaine, comment la vie animale elle-même pouvaient résister à ces myriades d'ennemis invisibles toujours prêts à profiter de la moindre défaillance de l'organisme pour pénétrer dans la place.

Mais voici que, s'emparant de cette donnée même, un grand chirurgien, Lister, fonde une nouvelle méthode qui diminue, qui supprime presque les chances d'infection après les grandes opérations, recule les limites de l'art, et assure le succès à peu près infaillible d'audaces devant lesquelles on reculait il y a peu de temps encore.

D'autre part, un homme dont je prononce le nom avec orgueil, mon illustre ami Pasteur, reprenant et systématisant l'œuvre de votre grand Jenner, arrive, par l'atténuation méthodique des virus, à inaugurer la prophylaxie des maladies virulentes, et nous ouvre dans ce sens des horizons nouveaux et indéfinis.

Devant de tels résultats, Messieurs, quelle place reste-t-il au scepticisme? C'est bien plutôt de trop d'enthousiasme que nous aurions à nous défendre, si l'admiration n'était pleinement justifiée par l'importance des découvertes déjà acquises.

C'est ainsi, Messieurs, que nous pouvons répondre victorieusement aux sceptiques. Le mouvement ne se démontre pas; il se montre.

N'oublions pas cependant un axiome de la médecine antique, qui a survécu à toutes les révolutions dogmatiques, et qu'Hippocrate définissait *la nature médicatrice.* On s'en est quelque peu moqué entre temps. Pour ma part, j'y crois comme à quelque chose d'aussi certain que les faits expérimentaux les mieux établis. Ce qu'il y a de contestable, ce sont les interprétations qu'on a essayé d'en donner. Mais si on a tant et quelquefois si mal cherché à l'expliquer, c'est précisément que le fait lui-même s'imposait.

Dernièrement encore, à l'Académie de médecine de Paris, dans une communication de M. Pasteur, je remarquais que notre éminent compatriote, cherchant à doser l'atténuation progressive de ses virus, avait pris pour critérium la résistance qu'y oppose l'organisme du mouton. Tel virus tue 1 mouton sur 50; tel autre 1 sur 100, etc.... Qu'est-ce à dire, Messieurs? Cette condition que fait intervenir M. Pasteur, en grand observateur qu'il est, la *réceptivité,* qu'est-ce au fond, sinon cette force de résistance qui existe en tout être vivant, qui diffère suivant les espèces, et aussi suivant les individus? Et n'est-ce pas là aussi ce qu'il faut entendre sous ce mot de *natura medicatrix?*

Quoi qu'on en aie, c'est encore là un des faits dominateurs de la médecine. Cette force de résistance vitale, le plus ou moins de réceptivité pour la maladie, sera toujours l'indispensable auxiliaire du médecin; et, pour moi, je renoncerais à l'exercice de l'art, si je ne me sentais soutenu par cet allié.

Et pourtant, c'est là, en même temps, ce qui fait l'incomparable difficulté de notre art; c'est la nécessité de faire une part équitable à cet élément dans la curation des maladies. Comment, d'un autre côté, le concilier, dans l'interprétation des phénomènes morbides, avec les deux axiomes fondamentaux que j'ai admis? La tâche est ardue, mais si difficile qu'elle paraisse, soyez certains, Messieurs, que l'accord s'établira. C'est ici le cas de répéter le mot d'Hamlet : « Il y a plus de choses, Horatio, dans le ciel et sur la terre, que n'en a rêvées votre philosophie ! »

Quoi qu'il en soit, tenant compte de cette grande force de la résistance vitale, éclairée aux lumières de l'étiologie, l'anatomie pathologique devient non plus une méditation sur la mort, mais la science des indications; mot profond, qui nous a été légué par la médecine antique, et qui répondra toujours aux réalités les plus vives de l'art.

Lorsque la certitude est obtenue sur ces trois points, Messieurs, la science est bien près d'être faite.

Alors même qu'elle ne l'est pas, nous ne sommes pas encore tout à fait désarmés; car nous avons le droit de faire appel à l'empirisme et à la tradition. Qui de nous pourrait s'en passer? Ils nous donnent, faute de mieux, un genre de certitude dont nous pouvons nous contenter, et qui ne nous empêche pas de poursuivre une certitude plus haute. Le patrimoine que chaque génération médicale lègue à celle qui la suit, se compose de deux sortes de choses : les unes d'une valeur absolue, les autres d'une valeur relative, mais qui ne sont pas à dédaigner. C'est ainsi que nous avons reçu de nos anciens, l'opium, le quinquina, presque

tous nos meilleurs médicaments, qui nous ont rendu d'immenses services et qui nous en rendront encore avant que nous soyons définitivement fixés sur leur mode d'action. C'est ainsi, à notre tour, que nous laissons à nos neveux le chloroforme, le chloral, les phénols, la pilocarpine, et tant d'autres substances dont l'avenir se chargera d'apprécier et d'expliquer les utilités diverses.

Ainsi se forment ce que Cabanis appelait si bien les *certitudes pratiques* de la médecine; ainsi nous arrivons à ce genre de certitude propre au clinicien, qui participe à beaucoup d'égards de la certitude morale, et qui, sans égaler la certitude scientifique, n'en a pas moins sa place et son rang à côté d'elle.

Les limites qui me sont assignées ne me permettent pas de mener plus loin cette étude déjà longue.

Pour la clore dignement, permettez-moi, Messieurs, de vous citer un passage qui en est comme le résumé et la conclusion, et que j'emprunte à Claude Bernard. Je ne saurais mieux faire que de vous laisser sous l'impression de ces simples et fortes paroles :

« Le sceptique, dit notre grand physiologiste dans son introduction à la *Médecine expéri-* « *mentale,* est celui qui ne croit pas à la science, et qui croit à lui-même; il croit assez en lui « pour oser nier la science, et affirmer qu'elle n'est pas soumise à des lois fixes et détermi- « nées. Le douteur est le vrai savant; il ne doute que de lui-même et de ses interprétations; « mais il croit à la science; il admet, même dans les sciences expérimentales, un critérium « ou un principe *scientifique absolu.* »

# CLINIQUE MÉDICALE

**Hôpital de Lourcine.** — Service de M. GOUGUENHEIM.

**DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE** (1);

Leçon recueillie par M. LEBRETON, interne du service.

### Traitement local

1° Le traitement ne peut être véritablement *curatif* que dans les cas bénins, que dans les laryngites circonscrites sans tuberculose pulmonaire, et dans quelques cas rares avec tuberculose pulmonaire coïncidente. Comment agissent donc les médicaments en pareil cas? De différentes façons, suivant l'époque où la laryngite est soumise au traitement.

*α. Avant l'ulcération.* En modérant le travail congestif et en diminuant la vascularisation, ce qui permet à la néoplasie de se limiter et par conséquent de ne pas retentir sur l'état général.

Les *astringents* pourront donc être employés en pareil cas et le meilleur est le chlorure de zinc au 1/30ᵉ ou au 1/40ᵉ. On pourrait encore se servir du sulfate de zinc ou du sulfate de cuivre à dose faible, du 1/50ᵉ au 1/100ᵉ par exemple; mais ces substances sont peu employées. On se sert aussi de nitrate d'argent au 1/60ᵉ; quant aux autres astringents, l'alun, le tannin, les sels de fer, ils sont peu en usage et il est difficile de les apprécier. Cette médication astringente ne peut être employée que lorsque l'état nerveux excessif du sujet et l'intolérance qu'il présente à l'examen laryngoscopique ne devient pas une contre-indication absolue. En tous cas, il faut avoir toujours la précaution de tâter la susceptibilité du malade et de n'employer au début que des doses très faibles. Il faut aussi ne pas trop imbiber les éponges, pour éviter les quintes de toux. Nous avons rejeté de notre pratique les substances solides qui pourraient ou blesser la muqueuse ou, ce qui est plus grave, se détacher et tomber dans le larynx.

*β. Après l'ulcération.* Le médicament le plus employé est l'*acide chromique* en solution à 1/30ᵉ ou 1/10ᵉ. Il a l'avantage de modifier seulement les surfaces ulcérées, sans intéresser les parties voisines. C'est un moyen qui n'est pas tou-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 26 juillet, 2 et 6 août.

jours sans danger à cause de l'irritation qu'il peut déterminer. Le même reproche peut être adressé au nitrate d'argent, vanté par un certain nombre d'auteurs; même employé au 1/60e ou au 1/40e il peut déterminer des spasmes dangereux. Nous n'en dirons pas autant du *chlorate de potasse* qui est, lui, un excellent médicament, non douloureux, bon modificateur des surfaces ulcérées et en même temps agissant comme astringent sur la congestion voisine. On l'emploiera à l'état de solution saturée; il y aura même avantage, en raison du peu de solubilité du médicament, de charger la solution même en laissant un précipité abondant. L'iode en teinture est un mauvais moyen, trop fort et trop irritant. Il vaut mieux l'employer en solution dans 30 grammes d'eau avec 1 gramme d'iodure pour 0,50 c. d'iode métallique. On peut également prendre la glycérine comme véhicule. Il en est de même de la créosote de bois (1 gramme de créosote pour 30 grammes de glycérine) vantée par M. Cadier et que nous n'avons pas eu occasion d'apprécier. L'*iodoforme* nous a réussi dans quelques cas en le mélangeant avec la glycérine, 4 grammes pour 30. Il n'a qu'un inconvénient, c'est son odeur insupportable. En général, la glycérine neutre est, on le voit, un excipient auquel nous sommes assez favorable, d'abord en raison de ses propriétés exosmotiques qui lui permettent d'agir sur les tissus congestionnés. Elle doit surtout être employée quand la tolérance est imparfaite; les solutions ne devront être employées que dans les cas de tolérance absolue. Il est bien entendu que si l'intolérance est extrême, dans la laryngite généralisée grave, par exemple, on doit s'abstenir de tout pansement intra-laryngé et se contenter de pansements épiglottiques émollients et narcotiques, tels que le chlorhydrate de morphine à la dose de 1 ou 2 grammes dans 30 grammes de glycérine. On pourrait aider cette action par l'emploi d'injections hypodermiques. Inutile d'ajouter que les solutions employées doivent être progressives lorsque l'on se sert de pansements intra-laryngés.

γ. Nous avons dit qu'il n'était pas rare de voir survenir de la parésie des cordes vocales dans le cours de la tuberculose, c'est alors aux *modificateurs* de la motilité qu'il faut avoir recours, et user de l'électrothérapie. Pour cela on appliquera les deux branches d'un excitateur double de chaque côté du larynx et l'on fera passer un courant d'induction. Il faut éviter les secousses trop fortes et interrompre souvent le courant. Si la parésie est ancienne et ne cède pas facilement, on pourra débuter par les courants continus, en partant de cinq éléments et en laissant les pôles appliqués de dix minutes à une demi-heure tous les jours. Chez les tuberculeux, on évitera l'électrothérapie intra-laryngienne.

2° Les moyens *palliatifs* devront être employés lorsque tout moyen local est impraticable, comme cela se voit dans certains cas de laryngites graves primitives ou consécutives. On se servira alors du pansement avec la glycérine morphinée, dont j'ai parlé tout à l'heure.

Dans certaines circonstances, la trachéotomie pourra être de nécessité; c'est dans les cas de sténose irrémédiable par tuméfaction énorme ou par adduction excessive des cordes : cette opération pourra également s'imposer si une laryngite catarrhale aiguë simple venait compliquer une de ces formes graves de laryngite tuberculeuse en provoquant une tuméfaction excessive.

Nous ne dirons qu'un mot enfin des moyens accessoires, pulvérisations et fumigations, sur l'efficacité desquels on a beaucoup insisté et qui sont en honneur dans les établissements d'eau thermale; dans tous les cas, ils sont très insuffisants et leur action a été fort exagérée.

**Traitement général**

Il consistera dans des modifications de la nutrition, comme l'huile de foie de morue et les préparations arsenicales dont le résultat physiologique est

bien obscur; il est possible que ces médications agissent en empêchant la déperdition des tissus hydrocarburés, la graisse par exemple, ce seraient alors des médicaments d'épargne. — La médication ferrugineuse pourra présenter des avantages, quoi qu'on en ait dit, chez certains malades très anémiés; on pourra employer avantageusement les inhalations d'oxygène. Quant à l'air comprimé que l'on a essayé également, l'expérience est loin d'être complète sur ses qualités thérapeutiques.

Il faut nourrir les malades et l'on comprend que souvent la chose soit très difficile. Si l'alimentation était empêchée par la dysphagie, par le gonflement de l'épiglotte, on pourrait essayer de nourrir les malades par le moyen de sondes œsophagiennes très douces ou se servir des peptones en lavement.

Les *cures climatériques et thermales* sont le plus souvent indispensables. On choisira comme stations les pays chauds permettant aux malades de vivre en plein air et de ne pas rester enfermés dans des pièces confinées. La rive méditerranéenne, Cannes, Menton, au nord; Alger, l'Egypte, au sud; Madère, dans l'Atlantique, sont les stations que l'on devra préférer. Les climats montagneux et froids, à des altitudes assez grandes, seront généralement très défavorables, chez les laryngitiques tout au moins.

L'administration de certaines eaux minérales sera avantageuse. Pour ne parler que de la France, on pourra envoyer aux eaux alcalines faibles les malades atteints de laryngites généralisées, bénignes, primitives ou consécutives, quand les symptômes d'irritation et de congestion seront trop accusés. Royat et le Mont-Dore rempliront surtout ces indications. — On aura recours aux mêmes stations quand les sujets seront très irritables et que le larynx aura de la tendance à se congestionner facilement.

Est-on en présence de laryngites généralisées ou circonscrites, chez des sujets scrofuleux, anémiés? L'eau arsenicale de la Bourboule trouvera son application.

Si la laryngite est tenace, avec ou sans ulcération, et si l'organe ne se congestionne pas facilement, la médication sulfureuse est indiquée et les stations pyrénéennes devront être conseillées : Eaux-Bonnes aux malades plus débilités et chez lesquels la tuberculose pulmonaire est plus avancée; Cauterets, Luchon à ceux dont l'état général est plus rassurant. Je n'ai d'ailleurs nullement la prétention d'énumérer ici toutes les stations auxquelles vous pourrez envoyer vos malades.

Enfin si le diagnostic était trop incertain, par exemple dans les cas de laryngite circonscrite, bénigne ou grave, il n'y aurait pas lieu d'hésiter à administrer le traitement spécifique. C'est dans ce cas à l'iodure de potassium, dont l'emploi n'est pas dangereux, que l'on devra avoir recours. Le mercure ne doit pas être employé dans ces cas douteux; la manifestation est trop tardive d'abord et de plus son administration provoquerait, en cas d'erreur, des désordres et une faiblesse tels que ces raisons seules suffisent pour le proscrire absolument dans ces cas incertains.

## BIBLIOTHÈQUE

**TRAITÉ DES MALADIES DE L'OREILLE**, par le docteur V. URBANTSCHITSCH. Traduit et annoté par le docteur R. CALMETTES. In-8°. — Paris, 1881; G. Masson.

Les études otologiques sont, en France, l'objet d'une sorte d'indifférence de la part du Corps médical. Il n'en est pas de même en Allemagne; et il faut bien l'avouer, les efforts et les chaleureux appels que M. le professeur Duplay a faits dans son *Traité de pathologie externe* n'ont pas eu d'échos jusqu'à ce jour. La traduction de l'ouvrage d'Urbantschitsch est la première tentative pour répondre à cet appel et combler cette regrettable lacune dans nos études médicales. Le succès de ce livre a été considérable à l'étranger, car il a l'avantage d'être un compendium complet des connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques

indispensables au médecin auriste. L'*exploration* et la *thérapeutique générales* de l'organe de l'ouïe constituent les deux premiers chapitres, et, de ces deux chapitres, le second surtout est absolument original. L'auteur étudie ensuite les maladies du pavillon, du conduit auditif externe, de la membrane du tympan, de la trompe d'Eustache, de la caisse du tympan et, enfin, de l'oreille interne. Dans deux autres chapitres, il passe en revue les affections du nez et des fosses nasales, et celles de la région mastoïdienne.

Tel est le plan général de l'ouvrage.

Le traitement général a une importance capitale dans les affections de l'oreille, qui le plus souvent dépendent d'une hygiène défectueuse ou de diathèses dont elles sont seulement les manifestations locales. Contrairement aux tendances de l'école de Vienne, qui, par exemple, dans la pathologie cutanée, donne une importance majeure au traitement des manifestations locales et attache peu de valeur aux médications qui ont pour but de modifier l'état de l'organisme et de combattre les diathèses, l'auteur recommande l'association du traitement général au traitement local et l'utilité de veiller avec une grande attention à l'hygiène des malades. Il préconise, par exemple, avec raison, l'emploi des bains salés artificiels, un peu trop négligés et cependant très souvent favorables dans la scrofule et le lymphatisme, surtout quand on en combine l'action avec l'usage interne de l'iode et de l'huile de foie de morue. Il en est de même des médications externes ferrugineuses dans l'anémie, des sulfureux dans le rhumatisme, de l'hydrothérapie dans le nervosisme; états morbides auxquels se lient un grand nombre d'affections de l'oreille. Le traitement hydriatique local, sous forme de compresses imbibées d'eau froide et même glacée, en applications sur les régions temporales et carotidiennes, la calotte froide de Winterintz, les irrigations de l'oreille, les bains locaux médicamenteux, sont aussi de puissants moyens d'action qui ne sont pas assez connus des médecins. On peut juger, d'après ce rapide exposé, que le traité actuel d'otologie sera des plus utiles au point de vue de la pratique journalière et qu'à ce titre il mérite d'être souvent consulté. Le docteur Calmettes ne s'est pas contenté de traduire l'ouvrage, il a ajouté de nombreuses notes qui sont le résumé de ses observations personnelles. — Ch. Éloy.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Cas grave de spasme du larynx chez un enfant*, par le docteur Gordon Morrill. — Un enfant de neuf mois, possédant tous les attributs d'un tempérament scrofuleux, paraissait atteint depuis deux jours d'une laryngite catarrhale, quand, le 24 janvier 1880, il éprouve subitement des symptômes d'asphyxie. Appelé en toute hâte auprès de lui, le docteur Gordon Morrill constate la pâleur des téguments, la faiblesse du pouls et des troubles respiratoires consistant dans un arrêt de la respiration, suivi d'une reprise convulsive des mouvements respiratoires; chaque accès convulsif se terminait par une profonde inspiration que le malade faisait avec effort. De chaque côté du cou, il existait du gonflement glandulaire sans fluctuation manifeste. On pratique l'incision de cette tumeur du côté gauche et l'issue de sang et de pus amène la cessation des accidents. Deux jours après, la même opération est pratiquée avec succès sur les glandes du côté opposé. Pour l'auteur, les accidents spasmodiques étaient le résultat à la fois de la compression directe du larynx et du nerf laryngé récurrent. (*The Boston med. and surg. journ.*, 29 février 1881, n° 8, vol. CIV.) — Ch. E.

*Deux cas de syphilis double*, par le docteur Mallet. — On admet en général que la syphilis est une affection diathésique qui ne peut pas se greffer sur elle-même. Or, prouver que cette maladie peut être double, c'est-à-dire exister deux fois chez le même individu, c'est établir d'une manière certaine la curabilité de la vérole. Les deux cas suivants sont, d'après l'auteur, des observations probantes en faveur de cette opinion.

Dans la première observation, il s'agit d'un officier ayant eu, il y a neuf ans, un chancre induré suivi d'accidents secondaires. Entré depuis dans le service du professeur Estor pour un nouveau chancre induré du frein de la verge, il présenta, environ soixante jours après, des accidents secondaires. La guérison fut obtenue par l'emploi du mercure.

Un employé des douanes est le sujet de la seconde observation. Atteint une première fois en 1860 d'accidents primitifs et secondaires dont il fut guéri, ce malade contracta, en 1869, un nouveau chancre induré qui fut suivi de nouvelles manifestations secondaires (syphilides, alopécie, angine spécifique, etc., etc.). Ces accidents furent traités avec succès par le mercure et l'iodure de potassium. Actuellement, il éprouve des accidents tertiaires pour lesquels il est entré à l'hôpital Saint-Éloi.

Ces deux faits sont des plus nets, d'après l'auteur, et diffèrent des syphilis bénignes de Diday, qui guérissent sans mercure. Ce sont donc des syphilis doubles. (*Montpellier méd.*, juin 1881, n° 6, p. 496, v. XLVI, 24ᵉ année.) — Cl. E.

*Croup; angine diphthéritique; administration de la pilocarpine; guérison*, par le docteur CASSIN (d'Avignon). — L'enfant, âgé de six ans, était atteint de croup avec angine diphthéritique; la dyspnée était considérable, les ganglions cervicaux très tuméfiés. La pilocarpine est prescrite suivant la formule de Gattmann, en potion à prendre par cuillerée, en même temps que des vomitifs.

L'amélioration fut rapide et la salivation très abondante. La salive présentait les caractères suivants : aspect visqueux, adhérent et strié de sang; déposés sur un verre, les crachats se divisent en trois couches : une zone supérieure, spumeuse; une zone moyenne, floconneuse, formée de débris membraneux et de cellules épithéliales déformées et infiltrées de globules blancs; une zone inférieure, limpide, visqueuse. La guérison fut complète en quelques jours. (*Lyon médical*, p. 183, t. XXXVII, 13e année, n° 23. 5 juin 1881.) — Ch. E.

## RECTIFICATION

Niort, le 4 août 1881 (11e cuirassiers).

Monsieur le rédacteur en chef,

Je viens vous prier de vouloir bien rectifier une erreur qui s'est glissée dans le n° 106 de l'UNION MÉDICALE du 2 courant, à mon sujet.

En rendant compte de la séance générale de la Société d'anthropologie, l'UNION dit : « Des médailles de bronze ont été accordées : à M. le docteur Algier, médecin de la marine, pour son mémoire : Les bords de la Mayenne à l'âge de la pierre », etc.

Je ne suis pas médecin de la marine, mais médecin militaire au 11e cuirassiers. De plus, au lieu de « Mayenne », c'est « Moyne » le nom de la rivière étudiée.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr ALGIER.

## FORMULAIRE

CAPSULES DE GOUDRON ET COPAHU. — DUJARDIN-BEAUMETZ.

Chaque capsule doit renfermer 0 gr 25 de goudron et 0 gr 50 de baume de copahu.

On en prescrit de 4 à 8 par jour, pour combattre la congestion passive des poumons des personnes atteintes d'affections mitrales. — Le goudron atténue les renvois nidoreux provoqués par le copahu, en facilite la digestion, et diminue les chances de diarrhée — Comme tisanes, on prescrit les infusions d'hysope, de lierre terrestre, de polygala, de capillaire, édulcorées avec les sirops de goudron, de térébenthine, de Tolu, de bourgeons de sapin. On fait prendre en outre, le soir, une à deux pilules de cynoglosse, pour calmer la toux et amener le sommeil.

N. G.

## COURRIER

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — La commission administrative de l'hospice général de Tours donne avis, qu'en vertu de sa délibération en date du 11 juillet 1881, un concours pour la nomination à deux places d'interne en pharmacie et à quatre places d'interne provisoire du même service, aura lieu, cette année, le mercredi 31 août, à une heure de l'après-midi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — séance du vendredi 12 août 1881.

*Ordre du jour :* Rapport sur les maladies régnantes du deuxième trimestre de 1881, par M. Ernest Besnier. — Communications diverses.

(Cette séance est la dernière avant les vacances; la séance de rentrée aura lieu le vendredi 14 octobre.)



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# BULLETIN

*Académie de médecine, 9 août.* — L'Académie n'accorde pas de vacances, mais les académiciens en prennent. Aussi, quand M. le président Legouest invite le secrétaire annuel à lire le procès-verbal, sommes-nous étonné d'entendre la lecture : c'est M. Hervieux qui remplace M. Bergeron. Quelques minutes après, la parole est donnée au secrétaire perpétuel : c'est encore M. Hervieux qui parle. Deux plis cachetés ayant été reçus, le président consulte l'Assemblée pour savoir si elle les accepte ; les douze membres présents répondent par un silence approbatif. Tout à l'heure, ils seront quinze ou seize ; sur les bancs réservés au public, quelques présentateurs avec leur bocal ou leur manuscrit, résignés d'avance à ne rien présenter.

M. Bouley montre à l'Académie un thermomètre, « espèce de lardoire » imaginée par M. le docteur Harzé pour mesurer la température centrale de la viande et en surveiller la cuisson. Puis apparaît le lion du jour, sous le titre humoristique *Mémoires d'un microbe*. Ce travail de M. le docteur Wivert, présenté par M. Chereau, nous prouve que le microbe est heureux de faire constater son triomphe, et revêtira longtemps encore les formes les plus diverses pour occuper la scène.

Tandis que M. Duboué lisait un mémoire sur l'étude comparée des médicaments, on ne s'attendait pas à ce que la séance pût devenir orageuse. Mais, avec M. Hervieux, la vaccine entre en scène ; l'orateur défend les génisses, attaque M. J. Guérin, et termine son « plaidoyer » par une phrase provocante. Aussitôt M. J. Guérin, qui de la plume suivait pas à pas son adversaire, lui succède à la tribune, et se plaint qu'on le mette en cause sans l'avoir prévenu du jour et de l'heure de l'attaque. « Remettez votre défense à huitaine », dit M. Depaul. Cette interruption est le signal de la mêlée. — « Monsieur Depaul, nous sommes de vieux combattants, venez donc une fois de plus vous mesurer avec moi ; vous plaît-il que nous parlions de la fièvre puerpérale ? »

Telle est la forme que prend la discussion. Quant au fond, M. J. Guérin affirme qu'on ne lui donne pas d'arguments péremptoires en faveur du vaccin animal, et demande qu'on cherche à reconstituer le vaccin jennérien dans sa pureté primitive. Réplique de M. Hervieux qui, au reproche de transformer le débat en une question de personnes, répond que M. J. Guérin se met volontiers en avant, et qu'il est difficile de ne pas le nommer dans la discussion. Réplique de M. Depaul, qui débute ainsi : « Vous m'appelez en champ clos ?... — Oui, tous les champs clos possibles ! — Mais quelle est votre autorité dans la question de la vaccine ? Vous n'avez pas fait d'expériences, vous n'avez pas assisté à celles qu'on a faites, et vous osez venir nous troubler dans nos travaux ! » Les derniers mots échangés entre les deux illustres champions nous font penser que nous ne touchons pas au terme de cette guerre de trente ans.

M. J. Guérin aurait sans doute invoqué, s'il l'avait connue, la dernière communication de M. Bouley à l'Académie des sciences sur les expériences de M. Toussaint. Du vaccin recueilli sur un bel enfant est inoculé à une vache tuberculeuse ; la sérosité des pustules développées sur la vache est transmise à des lapins et à des porcs ; quelques jours après, la tuberculose éclate chez ces animaux. Le lapin ne prouve rien, il est vrai, car tout le rend tuberculeux ; mais que penser des autres ? N'est-ce pas un argument contre la vaccination animale ? Pour notre part, nous croyons que ces faits, si plus tard ils se confirment, ne prouvent rien de plus contre le vaccin de génisse que la syphilis inoculée contre le vaccin d'enfant ; seulement, ils obligent à prendre pour vaccinifères des animaux en parfaite santé. Oui ou non, l'inoculation préventive reste-t-elle un bienfait ? Et ce n'est pas non plus, à notre avis, un argument nouveau contre la vaccine obligatoire. Quand nous avons demandé l'obligation, nous avons posé comme condition *sine quâ non*, que la vaccine serait d'abord jugée innocente de pareils méfaits. Sur ce terrain seulement, nous avons

soutenu la *légitimité* d'une loi qui nous paraissait ressembler à toutes les lois d'intérêt général. S'il y avait réellement péril à vacciner les hommes, en dépit du *modus faciendi*, si la fréquence de la phthisie était l'œuvre de Jenner, c'est la vaccine elle-même qu'il faudrait repousser; *à fortiori* ne songerait-on pas à la rendre obligatoire; nous demanderions une loi qui la prohibe, et nous ne serions pas fâchés de cette « atteinte à la liberté individuelle. » — L.-G. R.

# HYDROPHOBIE

## OBSERVATION D'HYDROPHOBIE RABIQUE;

Par MM. les Drs Bertholle et Ch. Eloy, anciens internes des hôpitaux de Paris.

Le 4 juillet 1881, M. X..., concierge, avenue Hoche, n° 9, se présente à ma consultation : il me raconte que, depuis la veille, il est tourmenté par de fréquentes érections, suivies d'éjaculations, qui le fatiguent beaucoup. Il n'éprouve d'ailleurs aucun autre trouble dans sa santé, et sa physionomie ne paraît nullement altérée. Je lui conseille de prendre, matin et soir, 1 gramme de bromure de potassium et des bains de siège prolongés.

Je ne vis pas le malade le lendemain; mais, le surlendemain, 6, je fus mandé chez lui; il venait de se mettre au lit, et il avait déjeuné comme d'habitude. Il se plaignait que les éjaculations, au lieu de diminuer, s'étaient reproduites plus fréquemment, et que même il ressentait une certaine difficulté à uriner. Il accusait en même temps des frissonnements dans tout le corps et des fourmillements dans les pieds. Cependant il n'avait pas de fièvre; le pouls battait 76.

Absorbé par l'idée d'une localisation inflammatoire dans les organes génito-urinaires, je prescrivis une application de huit sangsues au périnée, suivie de cataplasmes de farine de lin, et une tasse d'infusion de feuilles d'oranger édulcorée avec 30 grammes de sirop diacode. Néanmoins, l'agitation ne fit que s'accroître, et, dans le courant de la nuit, le malade se trouva tout à coup dans l'impossibilité de boire. Il était dévoré par la soif, et il fit en vain des tentatives réitérées. Il essaya même, dans son désespoir, de boire en introduisant dans la bouche la canule d'un irrigateur. Enfin, vers six heures du matin, l'excitation devint telle qu'il poussait des cris aigus et qu'on m'envoya chercher avec instance.

A mon arrivée, je fus frappé de l'expression d'angoisse et de terreur de sa physionomie. Sa voix était saccadée, il racontait avec volubilité ses souffrances, il se plaignait surtout d'étouffements en montrant la partie supérieure du sternum, et me demandait avec persistance de lui mettre un vésicatoire sur la poitrine, afin de lui enlever cette oppression. Mais l'œil hagard et terrifié du malade, cette difficulté de la respiration qui se reproduisait par accès et s'accompagnait d'une violente excitation du tronc, l'impossibilité de boire et l'absence de fièvre, me firent immédiatement songer aux spasmes rabiques, que j'avais eu déjà plusieurs fois l'occasion d'observer. Je voulus essayer de le faire boire en ma présence, et je ne pus le décider que par des supplications. Dès qu'il aperçut le verre, il se jeta de côté avec effroi, en poussant des cris rauques et inarticulés. Je lui conseillai, puisqu'il ne voulait pas boire, d'avaler quelques cerises, et il put en prendre deux ou trois sans grands efforts. Je fis apporter une glace et je la lui plaçai devant les yeux, en lui demandant de se regarder. Le premier mouvement fut de se rejeter en arrière; puis il la fixa un instant et me dit brusquement : « Enlevez cette glace, je ne veux plus la voir. » Mon diagnostic était confirmé, et, malgré les dénégations de sa femme, que je questionnai en vain, je ne doutai plus que cet homme eût été mordu par un chien et fût véritablement atteint d'hydrophobie rabique. Je ne voulus pas néanmoins augmenter son trouble et son inquiétude en lui posant des questions relatives à la morsure; je sortis, en recommandant à sa femme de continuer, autant que possible, à lui faire avaler des cerises et sucer des morceaux de glace, et je me promis de revenir dans quelques heures, accompagné d'un confrère.

Je fis prier, en effet, mon excellent ami le docteur Éloy de se tenir à ma disposition : nous vîmes le malade vers midi. Son état d'agitation était encore plus grand que le matin; et, dès qu'il me vit, il s'écria : « Je suis enragé. » Je me doutai alors que sa femme avait été indiscrète; je la questionnai de nouveau, et elle avoua qu'elle n'avait pas *osé me dire* que son mari avait été mordu par un chien à la main droite, il y avait six semaines. « Cette morsure, me dit-elle, était insignifiante; elle avait saigné, nous n'y avions pas attaché d'importance, et nous n'y pensions plus. »

L'état d'excitation de cet homme, l'impossibilité absolue où il était de boire, la fureur même que la seule proposition des liquides déterminait, ne laissaient à notre disposition

qu'un moyen pour obtenir un peu de calme, l'injection hypodermique de morphine. M. Éloy en injecta d'abord un centigramme afin de tâter la susceptibilité du sujet; nous nous réservions de répéter ces injections suivant les circonstances. Mais les cris du malade avaient jeté l'épouvante dans la maison, et la proposition que nous fîmes de le conduire à l'hôpital Beaujon fut acceptée. Le malade put descendre son petit escalier et marcher jusqu'à la voiture avec l'aide de son frère. Il fut admis d'urgence à l'hôpital Beaujon dans le service de M. le docteur Millard, — (salle Saint-Louis, n° 13), — et examiné à quatre heures de l'après-midi par l'interne de service, M. Gaillard, qui a eu la complaisance de nous donner les détails complémentaires de cette observation.

« Dès que, nous écrit-il, nous nous approchons de son lit, il se lève brusquement en nous « suppliant de le calmer, et nous raconte le début de sa maladie, sans toutefois parler de la « morsure. La proposition de prendre un bain est repoussée avec horreur par le malade, « dont le visage exprime une anxiété des plus vives. Il demande cependant à prendre du lait « en l'aspirant avec une paille, mais toute déglutition est impossible. Le pouls est à 128, et « l'excitabilité des muscles est très grande à la pression et à la percussion. — Le cœur est « normal et il n'existe pas de signes pulmonaires. — De temps en temps le malade se sou- « lève et s'assied brusquement sur son lit en poussant un cri que l'on entend dans la cour de « l'hôpital.

« Injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, sans obtenir le « calme. Deux autres injections sont faites coup sur coup, et on prescrit un lavement addi- « tionné de 10 grammes de chloral et de 10 gouttes de laudanum. Ce lavement est admi- « nistré sans difficulté et conservé. Peu de temps après, le malade est plus calme; mais « l'impossibilité de boire persiste encore, et une potion avec 20 centigrammes d'extrait thé- « bique ne peut être avalée.

« A six heures du soir, M. le docteur Millard voit le malade et le trouve dans le décubitus « dorsal, assoupi, répondant à peine aux questions qu'on lui pose. Depuis ce moment, pas « de crise nouvelle, et le stertor persiste jusqu'au matin.

« A cinq heures du matin, on lui fait avaler une petite quantité de liquide. Il succombe à huit heures. »

*Autopsie.* — Quelques instants après le décès, on constate que la rigidité cadavérique est déjà complète et qu'elle s'étend à la fois aux muscles de la tête, à ceux du tronc et des membres. La verge est elle-même rigide et turgescente. L'odeur de la putréfaction est déjà manifeste, et on observe à la surface des diverses régions du corps des taches bleuâtres hypostatiques et de nombreuses vergetures. Les traits conservent encore l'expression convulsive qu'ils présentaient pendant les accès.

Dans cet examen, on reconnaît sur l'index de la main droite l'existence d'une cicatrice petite, irrégulière, datant de plusieurs semaines et située sur la face externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Elle correspond d'ailleurs au siège de la morsure signalée plus haut.

L'autopsie a été pratiquée vingt-quatre heures après la mort par M. Gaillard, interne du service, et nous devons à l'obligeance de M. le docteur Millard d'avoir pu y assister.

1° *Centres nerveux.* — Les méninges cérébrales sont hypérémiées. Il existe des granulations fibrineuses anciennes dans la portion de la pie-mère qui tapisse la convexité de l'hémisphère gauche et dans celle qui confine au lobe paracentral de l'hémisphère droit. Mais ces granulations sont peu nombreuses et manquent dans les autres régions. De plus, la pie-mère est épaissie et troublée dans quelques points correspondant à la surface des hémisphères et particulièrement au niveau de la scissure de Sylvius.

Le cerveau est petit, diminué de consistance et de couleur pâle. En pratiquant les coupes classiques, on constate l'absence d'altération de la substance cérébrale et de suffusions sanguines dans les cavités ventriculaires.

L'examen superficiel de la moelle et du bulbe est également négatif. Une portion du bulbe est transportée au laboratoire de M. Pasteur pour servir à des inoculations sur le chien; l'autre portion est soumise au durcissement dans la solution d'hyposulfite de soude par le procédé du docteur Hénocque, pour devenir l'objet d'un examen microscopique.

2° *Appareil circulatoire.* — Le *cœur* est sain, ainsi que les gros vaisseaux, les orifices et le myocarde ne présentent pas d'altérations.

Le *sang* présente une coloration noirâtre et une diminution de sa fluidité.

3° *Appareil respiratoire.* — L'ouverture des cavités viscérales est pratiquée en deux temps, en commençant par l'incision de la paroi abdominale, de façon à conserver au *diaphragme* sa position et ses connexions. On observe que la moitié droite de ce muscle présente une notable exagération de sa voussure normale, et que les vaisseaux de sa face inférieure sont dilatés et

gorgés de sang. La moitié gauche du muscle est, au contraire, abaissée et diminuée dans sa courbure.

Les *poumons* sont sains. Toutefois, il existe de l'emphysème marginal et des ecchymoses dans divers points du parenchyme.

La *trachée* et les *bronches* sont encombrées de liquide spumeux et sanguinolent. Leur muqueuse a une coloration rouge vernissée qui se termine brusquement à la base de la langue. Le *larynx* possède les mêmes caractères et, de plus, une infiltration œdémateuse légère des cordes vocales.

4° *Appareil digestif.* — Le pharynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins sont sains. Les glandes maxillaires ne présentent pas d'altérations appréciables par l'examen à l'œil nu.

Le foie est en état de dégénérescence graisseuse déjà avancée.

5° *Appareil génito-urinaire.* — Les reins sont normaux, légèrement congestionnés. La vessie est distendue par une très grande quantité d'urine.

6° *Examen histologique des centres nerveux.* — Cet examen est confié à M. le docteur Hénocque, directeur adjoint du laboratoire de médecine du Collège de France ; sera publié ultérieurement d'une manière complète. Dès à présent nous pouvons dire cependant que sur un très grand nombre de coupes on observe l'absence absolue de lésions hémorrhagiques et d'altérations profondes des tissus nerveux. Il existe cependant une congestion manifeste et très intense de la substance grise dans la protubérance, le bulbe et la partie supérieure de la moelle cervicale. De plus on observe de l'œdème des cellules de la substance grise.

RÉFLEXIONS. — 1° L'existence de l'hydrophobie rabique est incontestable chez notre malade. L'incubation, de quarante jours environ, a une durée conforme aux statistiques qui résultent des observations recueillies par le Conseil d'hygiène de 1862 à 1872. La mort est arrivée rapidement, environ quarante-huit heures après le début des spasmes rabiques.

2° Les érections et les éjaculations, la dysurie, ont été les premiers symptômes de l'irritation des centres nerveux. Ces phénomènes précoces, en l'absence de tout autre renseignement clinique, pouvaient induire en erreur, car ils survenaient à une époque où l'existence des troubles génésiques n'a pas été mentionnée par les auteurs. Ici, c'est l'excitation des organes génito-urinaires qui a été la première manifestation de l'irritation médullaire, précédant ainsi les autres phénomènes classiques de l'hydrophobie rabique.

3° La généralisation de la rigidité cadavérique, sa prompte apparition et la précocité de la putréfaction sont des phénomènes analogues à ceux qu'on observe dans les expériences physiologiques. Ils confirment les nombreuses observations faites depuis plusieurs mois au laboratoire de médecine expérimentale du Collége de France, par lesquelles M. Brown Séquard a montré que la rigidité cadavérique et la putréfaction apparaissent d'autant plus rapidement que la mort a été précédée de spasmes plus longs et plus violents. Ces phénomènes sont donc en rapport, non pas avec l'intoxication rabique, mais avec la durée des spasmes convulsifs.

4° La coloration noire et la diminution de fluidité du sang seraient une preuve que, dans ce cas, la mort n'est pas due à l'asphyxie. En effet, le sang des asphyxiés est en état de diffluence et ne présente pas une augmentation de consistance. Notre observation confirme donc cette remarque, qui a été faite par le docteur Calvi (de Toulon). (*Un. méd.* 30 décembre 1876.)

5° L'existence des ecchymoses pulmonaires, dans la rage, serait aussi la confirmation d'un phénomène physiologique signalé par divers auteurs et étudié avec soin par le docteur Hénocque. (*Gaz. hebd.*, 1880, n^os^ 1, 2 et 3). En cas de lésions des centres nerveux, ces ecchymoses s'observent dans les tissus de divers organes (estomac, intestin, vessie, foie, etc.); mais elles se montrent habituellement dans le parenchyme pulmonaire, comme dans le cas actuel. La coloration sanguinolente de l'écume trachéale est probablement produite par le mélange de ces extravasations sanguines avec le mucus bronchique.

L'emphysème pulmonaire, qu'on a signalé souvent dans la rage, est probablement consécutif à la mort. Il se produit par un mécanisme analogue à l'emphysème *post*

*mortem* étudié, il y a quelque temps déjà, par M. Hénocque, surtout dans les cas de mort violente et de lésions des centres nerveux.

Les différences anatomiques entre la contracture des moitiés droite et gauche du diaphragme sont semblables à celles que l'on observe chez les animaux à la suite d'une irritation nerveuse portant sur un côté du corps. Ce sont précisément les résultats d'expériences physiologiques antérieures et encore inédites dont nous avons été témoins, qui ont conduit l'un de nous à chercher et à constater ces différences dans l'autopsie de notre malade.

*En résumé*, l'excitation médullaire, localisée dès le début aux centres d'énervation des organes génito-urinaires, a été le premier acte de ce drame pathologique. Or, à notre connaissance, les troubles génésiques n'ont jamais été signalés dans la période prodromique de l'hydrophobie. Ils ont été observés dans une période avancée de la maladie. Tel était, par exemple, le malade dont la mort fut précédée d'éjaculations et dont Van-Sweten a pu écrire : « *Semen et animam simul efflavit* ».

Les troubles respiratoires, les ecchymoses pulmonaires, les différences dans l'état de contracture des deux moitiés du diaphragme, l'état du sang, sont les indices d'une mort par syncope plutôt que par asphyxie, en rapport avec les phénomènes physiologiques qu'on observe chez les animaux (cobaye, chien, lapin, singe), à la suite d'irritations à distance ou de lésions directes agissant sur le bulbe. Ces faits d'ailleurs paraissent être en relation avec les succès nombreux obtenus en Allemagne et en France par M. Pasteur dans les inoculations pratiquées sur des chiens au moyen du tissu même du bulbe pris sur d'autres chiens hydrophobes. Aussi attendons-nous avec impatience le résultat des expériences que M. Pasteur a dû entreprendre au moyen de l'inoculation du tissu bulbaire de notre malade. Ce serait un fait authentique, sinon le premier, de transmission directe de la rage de l'homme à une espèce animale et un grand pas dans l'étude expérimentale de l'hydrophobie rabique.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Sur un cas de transmission de la syphilis par un nourrisson*, communication de M. Thiry à la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (*Journal de méd., de chir. et de pharmacol. de Bruxelles*, avril 1881). — Une dame, jouissant d'une santé parfaite, primipare, ne pouvant allaiter son enfant par le sein gauche, dont le bout n'était pas formé, se fit tirer le sein engorgé par l'enfant d'une autre personne. Une crevasse s'y produisit, qui ne sembla pas suspecte, et l'enfant étranger disparut; la bonne le remplaça, et par dévouement se mit à aspirer le lait de sa maîtresse. La crevasse fut soignée et bientôt cicatrisée.

A partir de ce moment, la bonne souffrit à la gorge; ulcère de l'amygdale droite, ganglion cervical. Puis la jeune mère vit sa santé dépérir; malaise, affaiblissement, taches sur le front et sur tout le corps, ophthalmie. L'enfant à son tour maigrit; sommeil agité, cris incessants, pemphigus, tumeur au niveau de la fontanelle antérieure. C'est alors que M. Thiry, consulté, découvrit chez la mère et chez l'enfant tous les signes de la vérole constitutionnelle, sur lesquels nous n'insistons pas.

Au sujet de l'enfant, l'auteur note que la syphilis ne s'est révélée qu'au deuxième mois de l'allaitement maternel; que l'enfant ne prenait que le sein droit; qu'il avait dépéri avant l'apparition des symptômes locaux; qu'on n'a pas vu chez lui de chancre initial; qu'il ne peut être question, dans l'espèce, de syphilis congénitale. Il conclut à la transmission de la syphilis par le lait maternel.

Les remarques de l'auteur, touchant la santé de la bonne, sont curieuses à lire; car il défend l'unité chancreuse, et combat les *théories nouvelles*. La santé de cette fille était excellente; aucune trace d'affection diathésique. Le mal dont elle souffrait paraissait purement local. A droite, la glande sous-maxillaire avait atteint les dimensions d'un gros œuf de dinde; à gauche, elle était saine (l'auteur veut-il parler des ganglions cervicaux, ou de la *glande sous-maxillaire?*). Large ulcère de l'amygdale droite, sans dureté, envahissant la partie postérieure du pharynx. Diagnostic de l'auteur : « Chez la mère et l'enfant, syphilis constitutionnelle; chez la bonne, chancre phagédénique compliqué d'engorgement symptomatique de la glande sous-maxillaire droite. »

La mère et l'enfant furent traités par le mercure, guéris, traités de nouveau après réci-

dive, etc. Quant à la bonne, « il n'y avait pas lieu de lui prescrire une médication générale. » L'ulcère de la gorge s'étend malgré les cautérisations, et gagne l'amygdale gauche; engorgement consécutif de « la glande sous-maxillaire gauche. » Au bout de neuf mois enfin, le pharynx et les amygdales sont cicatrisés, mais l'amygdale droite est proéminente, et sous la cicatrice on découvre une dureté non dépressible : le chancre phagédénique s'est terminé, en ce point seulement, par « l'*induration vérolique initiale*, cause *sine quâ non* de la syphilis. » A partir de ce moment se développent tous les signes de la vérole constitutionnelle. Conclusion : « L'unité du virus chancreux et du chancre est une vérité qui se révèle avec tout son éclat dans cette observation..... Pour les dualistes, le chancre phagédénique est la suprême expression du chancroïde ou chancre mou; or, cette jeune fille était atteinte d'un chancre phagédénique, qui de l'amygdale droite s'est étendu au pharynx et à l'amygdale gauche, et cependant le chancre s'est terminé par induration vérolique initiale, après neuf mois d'existence, dans sa partie amygdalienne droite, tandis que dans sa portion pharyngienne et à l'amygdale gauche il se guérissait sur place, par cicatrice nette. Ce résultat est impossible pour les dualistes fervents. »

Nous doutons fort que les dualistes se laissent convaincre. Que pense M. le professeur A. Fournier de cette opinion exclusive sur le phagédénisme? Mais la plupart d'entre eux approuveront la deuxième conclusion : « Le mercure et ses préparations guérissent seuls la syphilis..... Les préparations mercurielles sont indispensables dans toutes les périodes de la syphilis; il n'y a sous ce rapport aucune distinction à établir entre les accidents secondaires et tertiaires..... On a d'autant plus de chance de guérir la syphilis promptement et radicalement, qu'on la combat énergiquement dès son origine. » Avis aux médecins qui ne donnent pas le mercure, ou le donnent tardivement, et qui, le jour où la police et les mesures sanitaires seraient parvenues à éteindre la syphilis, en resteraient les derniers propagateurs.

Troisième conclusion : « La syphilis constitutionnelle peut être transmise par le lait maternel ou par celui d'une nourrice. » Ce fait ne ressort pas d'une manière absolue de l'observation de M. Thiry, car il n'est pas impossible que la syphilis ait été transmise à l'enfant par l'ulcère du sein gauche, bien que l'auteur n'ait pas trouvé trace de chancre chez le nourrisson, au moment où il a pu l'examiner. — L.-G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 août 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de divers lauréats de l'Académie.

2° Un pli cacheté de M. Ernest Caventou.

3° Un pli cacheté avec la suscription suivante : *Note sur la physiologie de la pulsation artérielle normale*, par M. A. Brondel, médecin de la marine.

—

M. GIRAUD-TEULON offre en hommage un volume intitulé : *La vision et ses anomalies*, cours théorique et pratique sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil de la vue.

M. Henri ROGER présente, au nom de M. le docteur Zabé, un travail intitulé : *De la vapeur surchauffée comme agent thérapeutique.*

M. BROUARDEL présente la collection des *Rapports et Avis de la Commission de l'assainissement de Paris*, instituée par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en vue d'étudier les causes de l'infection signalée dans le département de la Seine, ainsi que les moyens d'y remédier.

M. BOULEY présente, au nom de M. le docteur Harzé, un instrument destiné à donner la température de l'intérieur des viandes à l'état de cuisson.

M. CHEREAU présente, au nom de M. le docteur Wivert, professeur à l'École de médecine de Caen, un travail intitulé : *Les mémoires d'un microbe.*

M. LAGNEAU offre un rapport au Conseil d'hygiène publique sur les *maladies épidémiques* observées dans l'intérieur de la France en 1879 et 1880.

—

M. DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant, lit un mémoire intitulé : *Étude comparée des médicaments et de la série médicamenteuse, de la série sédative et excito-motrice, le mal des*

*montagnes* (études de physiologie pathologique). Voici les conclusions générales de ce travail :

L'étude du médicament, qui éclaire incontestablement le terrain limité sur lequel elle se meut, tend néanmoins à rétrécir le champ thérapeutique en raison des tendances exclusives qu'elle fait ou laisse naître dans l'esprit.

L'étude de la série médicamenteuse, au contraire, éclaire d'une vive lumière, et dans tous ses points, ce vaste champ thérapeutique et l'agrandit considérablement.

Dans la première étude, c'est le médecin qui se débat seul au milieu des difficultés immenses ; dans la seconde, ce sont tous les médecins qui s'organisent pour vaincre en commun ces mêmes difficultés.

—

M. Hervieux lit un travail sur la vaccination animale. Il dit qu'aujourd'hui, en présence de l'état actuel de la science, des progrès réalisés et des résultats obtenus, l'opposition contre la vaccine animale n'a plus de raison d'être. Cette méthode de vaccination a fait le tour du monde. On a dit que c'était une affaire de mode ; M. Hervieux pense qu'il n'y a pas beaucoup de méthodes thérapeutiques auxquelles on pourrait adresser cette injure. Mais c'est en vain que l'on appelle l'attention sur les progrès réalisés en ce qui concerne la culture du vaccin animal, sa conservation, etc. ; M. Jules Guérin oppose toujours le même système de dénégations injustifiées. Il invoque une prétendue unanimité des médecins des hôpitaux contre la valeur des manifestations locales de la vaccination animale.

M. Hervieux conteste, à son tour, cette unanimité. Si les résultats présentés à la *Conférence médicale de Paris* par quelques médecins des hôpitaux et par des médecins de Paris et de la province, étaient peu favorables, c'est qu'on était alors en 1870, à une époque où les insuccès de la vaccination animale tenaient à un manque d'expérience.

En France, comme en Hollande, comme en Allemagne, comme aux États-Unis, on a compté au début un certain nombre d'insuccès, puis on a appris à éviter les causes d'erreur et les premières impressions en ont été modifiées. Beaucoup de médecins des hôpitaux, d'abord hostiles à la vaccine animale, s'en servent maintenant dans leurs services et dans leur clientèle.

M. Hervieux cite une lettre d'un médecin des hôpitaux dont M. Jules Guérin aurait prononcé le nom dans la dernière discussion sur ce sujet : M. Bucquoy a fait des expériences comparatives avec le vaccin de génisse et le vaccin humain, pour les revaccinations seulement. Il affirme avoir obtenu les mêmes résultats par les deux méthodes, contrairement à ce qu'avait prétendu M. J. Guérin. Mais, pour les premières vaccinations, M. Bucquoy emploie de préférence le vaccin jennérien, parce que la durée de la vertu préservatrice du vaccin animal n'est pas encore démontrée à l'égal du vaccin humain. M. Hervieux ajoute que, pour sa part, il a fait toujours les réserves les plus expresses sur la durée de cette vertu préservatrice. M. Hervieux cite des faits qui paraissent militer en faveur du pouvoir préservateur du vaccin animal.

Outre les raisons physiologiques qui plaident en faveur de leur égalité primitive, puisque les deux vaccins procèdent du cow-pox spontané, il existe des preuves expérimentales. Des épidémies ont été arrêtées en 1870 et en 1877 par la vaccination animale. A la Maternité, de 1865 à 1870, toutes les vaccinations furent faites avec le vaccin de génisse, et cet hôpital a pu traverser indemne l'épidémie de 1870, bien que son personnel soit surtout composé de jeunes femmes et d'enfants.

M. Hervieux s'attache à combattre l'opinion de ceux qui prétendent que les épidémies de variole sont plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois. Il termine en affirmant que la vaccine restera, malgré l'opposition de M. Jules Guérin, comme un auxiliaire puissant et indispensable de la vaccine humaine.

M. Jules Guérin voudrait que l'on examinât la question à nouveau en utilisant dans ce but les nombreux documents qui ont été adressés à l'Académie depuis la discussion de 1867. Il dit que M. Hervieux vient de faire un nouveau plaidoyer en faveur de la vaccine animale, et, cette fois, contre M. Guérin.

Jetant un coup d'œil sur les arguments invoqués par M. Hervieux, M. Jules Guérin ne peut s'empêcher de considérer comme une preuve involontaire d'infériorité de la vaccine animale, l'aveu fait par M. Hervieux des insuccès de cette méthode à son début.

Suivant M. Jules Guérin, depuis 1867, la vaccine animale, malgré les efforts immenses que l'on a faits en sa faveur, n'a pas changé de situation. Elle n'a pas encore fait ses preuves. De ce que ses pustules sont égales en nombre et en grandeur à celles de la vaccine humaine, de ce qu'elle est née du cowpox, comme le vaccin humain, de ce qu'elle a fait ou est en train de faire le tour du monde, ce n'est pas une raison de penser qu'elle est égale ou supérieure au vaccin humain. Il s'agit de prouver qu'elle a une puissance préservatrice égale ou supérieure à celle du vaccin jennérien ; or, cette preuve est encore à faire.

Quant à la conversation que M. Jules Guérin aurait eue avec M. Bucquoy, outre que M. J. Guérin se défend d'avoir cité à la tribune le nom de ce confrère, les termes de cette conversation, suivant lui, n'auraient pas été exactement rapportés. M. Jules Guérin, sachant que M. Bucquoy faisait des expériences comparatives avec les deux vaccins, lui demanda s'il vaccinerait ses propres enfants avec le vaccin animal. M. Bucquoy répondit qu'il ne les vaccinerait qu'avec le vaccin jennérien. Il n'y a pas eu, entre M. J. Guérin et M. Bucquoy, d'autre conversation.

M. Jules Guérin s'est trouvé dernièrement avec M. Warlomont (de Bruxelles), le plus zélé propagateur de la vaccine animale, et M. Warlomont lui a dit qu'il en était arrivé, par l'observation et l'expérience, aux mêmes conclusions que lui.

M. Hervieux se rejette sur le grand nombre de partisans que la vaccine animale a conquis dans ces dernières années; mais ne sait-on pas que beaucoup de méthodes thérapeutiques ont eu leur temps de vogue, ont été à la mode, ont fait aussi le tour du monde et sont tombées ensuite? Il en sera de même de la vaccine animale, suivant M. J. Guérin; pour lui, il se déclare le plus fervent admirateur de la vaccine jennérienne, et il ne voudrait pas voir les médecins s'engager dans cette aventure qui s'appelle la vaccination animale. C'est pourquoi il voudrait voir cette question reprise de nouveau et discutée sérieusement avec les documents qui ont été envoyés à l'Académie depuis la discussion de 1867. C'est avec ces documents, non avec des assertions sans preuves que la question doit être traitée.

M. Jules Guérin est convaincu que, depuis l'introduction de la vaccine animale, il s'est créé une sorte de virus vaccin hybride qui n'est ni le vaccin jennérien, ni le vaccin animal. Le vaccin jennérien n'existe plus; or, c'est à l'humanisation du vaccin qu'il faut revenir, suivant M. Jules Guérin, pour avoir un véritable vaccin préservateur de la variole. C'est à cultiver, à perfectionner le vaccin jennérien, suivant la formule que M. Jules Guérin en a déjà donnée, que doivent tendre les efforts de tous les médecins, afin de lui faire reconquérir les vertus préservatrices qu'il avait à son origine et que lui a fait perdre son adultération par la vaccine animale.

M. Hervieux déclare qu'il n'a jamais voulu, ni dans son rapport à l'Académie, ni dans sa communication d'aujourd'hui, établir un parallèle entre le vaccin jennérien et le vaccin animal. Il ignore complétement si le vaccin animal a une vertu préservatrice supérieure ou inférieure à celle du vaccin jennérien. On n'a pas eu encore le temps de donner la preuve de ce fait. A l'avenir seul de prononcer. Mais on sait que, sous le rapport du nombre et de la grandeur des pustules, le vaccin animal n'est nullement inférieur au vaccin jennérien.

Quant à la vertu préservatrice du vaccin animal, elle est réelle d'après les faits que M. Hervieux a consignés dans son travail. La nouvelle méthode de vaccination offre donc des garanties sérieuses de préservation; mais il est impossible encore d'établir quelle est la durée de cette préservation. Cependant on peut dire, d'après certains faits, que cette durée a été de 15 ou 16 ans, puisque des enfants vaccinés par cette méthode, il y a 15 ou 16 ans, n'ont pas contracté la variole depuis cette époque.

M. Depaul s'étonne que M. Jules Guérin, qui n'a jamais fait d'expériences et qui, par conséquent, ne peut avoir d'autorité personnelle dans une question qu'il n'a pas suffisamment étudiée, vienne toujours mettre en cause les résultats obtenus par des hommes qui se sont voués, on peut le dire, corps et biens, à la propagation de la vaccine.

M. Depaul rappelle que M. Jules Guérin, membre de la commission nommée par l'Académie, n'a jamais assisté aux expériences de cette commission; il a cependant assisté aux discussions qui ont eu lieu au sein de cette commission et y a pris, comme toujours, une large part. Il a même voté les conclusions du rapport de la commission. Puis il a voulu substituer à ces conclusions, d'autres propositions qui lui étaient personnelles, et il a empêché par d'interminables délais, le vote de ces conclusions, qui n'a pu avoir lieu qu'au bout de deux ou trois ans.

M. Depaul demande que M. Jules Guérin ne vienne pas ainsi, de son autorité privée, mettre des entraves aux travaux et aux expériences des autres. S'il veut soulever de nouvelles discussions, qu'il vienne avec des observations et des expériences personnelles, non avec des théories et des hypothèses basées sur des faits ramassés de çà et de là et empruntés de toutes mains.

M. Jules Guérin répond que s'il n'a pas assisté aux expériences de la commission, c'est qu'elles lui ont paru mal instituées et peu propres à atteindre le but que l'on devait se proposer en les faisant. Il a cependant voté les conclusions du rapport de la commission, qui n'étaient, en somme, que l'exposé de l'histoire naturelle de la vaccination, et c'est pourquoi il a voulu substituer à ces conclusions d'autres propositions véritablement concluantes et telles qu'elles devaient être pour répondre à la demande que le ministre adressait à l'Académie.

M. Jules Guérin possède une méthode qui lui paraît excellente, bien qu'elle soit contraire à celle de M. Depaul ; cette méthode consiste à observer, induire et généraliser. C'est la vraie méthode scientifique. M. Jules Guérin ne voit pas pourquoi il en changerait.

Il termine en déclarant qu'il est prêt à engager de nouveau la discussion, sur les données nouvelles fournies par les documents adressés à l'Académie depuis la discussion de 1867.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1881. — Présidence de M. BLACHEZ.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Lettres de remerciements de MM. Danlos, Gingeot et Cuffer. — Mort de M. Maurice Raynaud : discours de M. Féréol. — *De la syphilis utérine secondaire*, thèse de M. Foulquier, présentée par M. Martineau. — *Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique*, par M. Martineau. Discussion : MM. Ernest Besnier, Dujardin-Beaumetz, Martineau, Blachez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Journal des sciences médicales de Lille.* — *Marseille médical.* — *Revue médicale française et étrangère.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Journal de thérapeutique.* — *Guide du vaccinateur; les deux vaccins* (publications de la Société française d'hygiène). — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Lyon médical*, etc.

Correspondance manuscrite. — Lettres de remerciements de MM. Danlos, Gingeot et Cuffer, nommés membres titulaires de la Société médicale des hôpitaux.

—

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte douloureuse que vient de faire la Société médicale des hôpitaux en la personne de M. Maurice Raynaud. Il prie M. Ernest BESNIER de donner lecture du discours prononcé par M. FÉRÉOL sur la tombe de notre regretté collègue. (Voy. l'UNION MÉDICALE du 5 juillet 1881.)

M. MARTINEAU fait hommage à la Société, au nom d'un de ses élèves, M. le docteur J. Foulquier, d'une thèse sur la syphilis utérine secondaire. L'étude de la syphilis utérine ébauchée par Ricord, Gosselin, Bernutz, Rollet, etc., etc., a été faite surtout de main de maître par M. le professeur Fournier. M. Martineau, dans ses leçons, dans ses conférences cliniques, a pleinement confirmé l'exactitude de la description donnée par son collègue. Ainsi que lui, il regarde la muqueuse vaginale du col utérin comme étant le siège fréquent de syphilides papuleuses, érosives et parfois ulcéreuses. Il n'a jamais observé la syphilide érythémateuse (roséole) et l'hypertrophie exulcérative syphilitique du col décrite par MM. A. Martin et de Fourcault. M. Martineau n'admet pas, ainsi que M. Fournier l'a dit, que les syphilides soient plus fréquentes sur la muqueuse vaginale du col utérin que sur les autres portions de la muqueuse vaginale. Ils les trouvent aussi fréquemment sur toute l'étendue de cette muqueuse. Cette étude des syphilides vaginales et utérines est des plus importantes, car, méconnues, elles deviennent un puissant agent de contamination.

—

M. Ernest BESNIER : A propos de la communication faite par M. Martineau, dans la dernière séance, sur le traitement des accidents syphilitiques par les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique, je désire demander à notre collègue quelques renseignements sur divers points qui m'ont frappé. Et d'abord c'est le manque absolu de toute salivation. Nous savons, en effet, que cet accident est assez fréquent alors qu'on donne les préparations hydrargyriques à des doses élevées et, dans l'espèce, on se rappelle qu'il s'agit d'injections de sublimé à la dose de 5 milligr. tous les jours. Ne pourrait-on dès lors élever quelque doute sur la réalité de l'absorption? L'examen des urines ou de la salive permettra sans doute de trancher cette question qui probablement l'est déjà pour notre collègue. En second lieu, je demanderai à M. Martineau si cette méthode est destinée à remplacer les autres modes de traitement de la syphilis ou si son emploi restera limité à quelques cas spéciaux graves. Dans la première hypothèse, qui suppose démontré l'avantage du procédé thérapeutique, bien des difficultés d'exécution surgiront dans la pratique urbaine. En effet, le malade ne peut faire lui-même les injections; le médecin sera tenu d'y procéder chaque jour; il le doit surtout parce qu'il est nécessaire, comme pour toute injection sous-cutanée de substances actives, de prendre des précautions sur lesquelles j'ai déjà insisté à propos des injections de chloroforme. C'est ainsi qu'il faut introduire l'aiguille profondément dans les masses musculaires, et l'introduire avant d'y adapter la canule. On s'assure de cette façon que son extrémité n'a point

pénétré dans un vaisseau, cas auquel le sang s'écoule par l'aiguille à l'extérieur. Il ne faut pas oublier que cette précaution est très importante, et qu'on a observé des cas de mort subite pour l'avoir négligée, le médicament ayant pénétré directement dans un vaisseau. Quant aux phlegmons et aux abcès, ils ne surviennent que si l'injection est faite dans les aréoles de la face profonde du derme. Si réellement cette méthode a une action plus grande que les autres modes de traitement, l'inconvénient que je signale pour le médecin de faire lui-même l'injection sera peu considérable, comparé à l'avantage immense qu'en retireront les malades. Aussi faudra-t-il passer outre. Je demande donc à M. Martineau de nous donner des explications sur lesquelles il n'a pu s'étendre lors de sa précédente communication.

M. Dujardin-Beaumetz : Sur le mode opératoire des injections hypodermiques, je partage complètement l'opinion de M. Besnier. J'ai pratiqué des injections avec le peptonate de mercure préparé par M. Petit et je considère cette méthode comme étant très douloureuse, produisant des indurations et parfois des abcès. Cette préparation est difficile et donne des résultats variables suivant la peptone employée. En outre, j'ai observé comme conséquence une salivation assez intense; aussi je crois prudent de laisser un à deux jours d'intervalle entre chaque injection. Pour tous ces motifs, ce procédé thérapeutique ne peut remplacer les méthodes anciennes; il faut le réserver soit pour la pratique des hôpitaux militaires et des services hospitaliers de vénériens, lorsqu'on peut craindre la fraude de la part des malades et la non-ingestion des médicaments, soit pour les cas de syphilis grave dont les accidents réclament une prompte intervention. Récemment, M. Luton a proposé d'injecter le mercure métallique mélangé à la glycérine. L'absorption est très lente et le malade conserve, au point où a été faite l'injection, une induration qui persiste pendant plusieurs mois.

M. Martineau : En communiquant mon premier mémoire sur le traitement des accidents syphilitiques par les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique, mon intention était de démontrer que ces injections, si délaissées en France, pouvaient être reprises parce que le médecin possédait une solution qui n'avait aucun des inconvénients assignés aux autres préparations hydrargyriques. Je me promettais, dans un deuxième mémoire, de juger l'action thérapeutique de cette médication. Puisque j'y suis convié si amicalement par mon excellent collègue M. E. Besnier, je vais essayer de dissiper les doutes qu'a fait naître dans son esprit ma première communication. Depuis notre dernière séance, j'ai poursuivi mes expériences et je suis arrivé maintenant à injecter tous les jours 6 et 7 milligrammes de sublimé. Le nombre des injections est actuellement de 1,300. Il ne s'est produit aucun accident de salivation; cependant l'examen des urines fait avec le plus grand soin par mon interne en pharmacie, M. Ormezanno, a mis hors de doute la réalité de l'absorption nettement affirmée du reste par l'action thérapeutique rapide et énergique. Cette injection ne détermine que très rarement de la douleur ou des nodosités, pourvu qu'au mode opératoire préconisé par M. E. Besnier, et toujours suivi dans mon service, on s'assure que la pointe de l'aiguille est bien acérée, qu'elle ne déchire pas les tissus et qu'elle a dépassé les limites du derme. Je pratique cette injection dans la région dorsale, sur les parties latérales du thorax, et, pour prouver son innocuité, je dirai que quelques malades ont déjà supporté 35, 40 et 45 injections sans le moindre inconvénient, sans abcès, ni induration. On le voit, je n'ai encore observé aucun des inconvénients graves signalés par mes collègues, et cela, ne l'oublions pas, sur 1,300 piqûres pratiquées actuellement. Relativement à l'efficacité de cette méthode thérapeutique, une plus longue période d'observation est nécessaire pour apprécier sa puissance au point de vue de la cure radicale de la syphilis; c'est celle que je me propose de traiter dans un second mémoire. Toutefois, dès aujourd'hui, d'après les quelques faits que j'ai observés, je puis dire que ce mode de traitement est supérieur aux autres, notamment lorsqu'il s'agit de syphilis grave, d'accidents syphilitiques malins évoluant rapidement. J'ai observé des femmes, atteintes de syphilides ulcéreuses, de syphilides ulcéro-tuberculeuses, ecthymateuses, lenticulaires, qui ont été guéries rapidement de ces graves accidents, alors surtout que j'ai eu atteint la dose quotidienne de 6 et de 7 milligrammes de sel mercurique. Tels sont les faits que je puis affirmer actuellement et que je résume : absorption certaine démontrée par la présence du mercure dans les urines; innocuité des injections hypodermiques avec une solution de peptone mercurique ammonique préparée par M. Delpech; pas de salivation avec une injection quotidienne de 6 et 7 milligrammes; pas de douleurs ou peu de douleurs pendant les premiers jours; pas d'abcès; pas d'accidents gastro-intestinaux. Ce mode de traitement des accidents syphilitiques n'est pas seulement applicable dans la pratique hospitalière, mais encore dans la pratique urbaine, qu'il s'agisse d'accidents légers ou graves.

M. Ernest Besnier : Ces quelques éclaircissements donnés par notre collègue montrent toute l'importance de la méthode de traitement qu'il vient de remettre en honneur parmi nous.

Elle est appelée, ainsi qu'il vient de le dire, à rendre de grands services dans les cas de syphilis dite maligne, qu'il serait plus juste de qualifier d'anomale, à cause des lésions ulcéreuses qui la caractérisent et qui constituent une anomalie dans les manifestations secondaires de cette affection. Cette méthode de traitement par les injections hypodermiques nous montre, en outre, qu'elle pourra se généraliser, se substituer à la voie stomacale dans la thérapeutique de certaines affections cutanées rebelles. Je me demande, en effet, si les injections hypodermiques d'une solution arsenicale ne pourraient pas suppléer avec avantage l'administration de médicaments par les voies digestives, notamment dans le traitement du *lichen planus*, qui, on le sait, est justiciable à coup sûr de la médication arsenicale, et qui, cependant, résiste plusieurs mois au traitement pendant lequel il n'est pas rare d'observer des accidents gastro-intestinaux.

M. Blachez : J'observe actuellement un jeune homme de 22 ans atteint d'une syphilis grave, chez lequel l'administration du mercure par les voies ordinaires détermine une salivation qui force à suspendre le traitement à chaque instant. Lorsque les signes d'intoxication mercurielle auront disparu, je me propose de lui appliquer la méthode thérapeutique que vient de nous faire connaître M. Martineau.

— La séance est levée à cinq heures.

*Le secrétaire*, L. Martineau.

## FORMULAIRE

Onguent de romarin composé. — Pharmacopée germanique.

| | | |
|---|---|---|
| Essence de romarin | 1 | gramme. |
| Essence de genièvre | 1 | — |
| Beurre de muscade | 2 | grammes. |
| Cire jaune | 2 | — |
| Suif | 8 | — |
| Axonge | 16 | — |

F. s. a. une pommade, qu'on emploie en frictions dans le cas de contusion ancienne, dans le rhumatisme musculaire chronique, l'entorse, etc. — N. G.

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 29 juillet au 4 août 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,058. — Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 19.— Rougeole, 24. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 41. — Dysenterie, 3. — Érysipèle, 8. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 34. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 42. — Bronchites aiguës, 18. — Pneumonie, 53. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 145; au sein et mixte, 75; inconnu, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 74 ; circulatoire, 46; respiratoire, 57 ; digestif, 56 ; génito-urinaire, 14; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 31e semaine. — Le bulletin de ce jour accuse 1,058 décès, alors qu'il en avait été compté 1,259 la semaine précédente. C'est une diminution de plus de 200 décès, diminution très remarquable, non seulement par l'importance de son chiffre, mais encore par la façon dont elle se répartit entre les principales causes de décès.

Notons en premier lieu que les affections épidémiques les plus redoutables ont en général participé à l'atténuation de la mortalité générale. La Fièvre typhoïde est descendue au chiffre de 19 décès (pendant la 30e semaine, il en avait été enregistré 26) ; la Diphthérie, qui avait occasionné 49 décès la semaine précédente, n'en a causé durant celle-ci que 41. La Rougeole, la Scarlatine et les affections puerpérales ont fait aussi un nombre moindre de victimes. Seule, la Variole est demeurée stationnaire avec un chiffre de 19 décès.

La distribution entre les différents quartiers, des décès par cette dernière cause, montre que le quartier de l'*Hôpital Saint-Louis* et ceux limitrophes de *Belleville* et du *Père-Lachaise*, ont été surtout frappés. A eux trois, sur ce nombre de 19 décès, ils en ont fourni 9, c'est-à-dire près de la moitié. Déjà, la précédente semaine, le quartier de l'*Hôpital-Saint-Louis* avait compté 4 décès par Variole. Il semble donc exister là un terrain tout particulièrement favorable au développement de cette affection.

Dans notre dernier bulletin, nous avions signalé le quartier de la *Maison-Blanche* comme comptant à lui seul 4 décès par Diphthérie; cette semaine encore, dans ce même quartier, 4 petits enfants ont payé leur tribut à la terrible maladie. Le quartier de *Charonne* a également eu, cette semaine, 4 décès diphthériques.

Bien que n'atteignant pas le chiffre de la 30e semaine, les décès dus à l'Athrepsie ont encore été extrêmement nombreux pendant ces derniers jours (226 au lieu de 257). Nous croyons devoir, une fois de plus, appeler l'attention sur le mode d'alimentation des enfants qui ont succombé (75 au sein, 6 alimentation inconnue et 145 au biberon).

L'amélioration a été surtout accusée pour les maladies de l'appareil cérébro-spinal (74 décès au lieu de 127 la 30e semaine), pour celles de l'appareil circulatoire (46 décès au lieu de 61), pour la Méningite, dans ses deux formes (34 au lieu de 54). On remarquera aussi la diminution du nombre des morts violentes 28 (contre 56). Avec les grandes chaleurs du mois dernier, les chiffres des décès provenant de ces diverses causes de mort s'étaient subitement accrus, il est donc naturel qu'ils se soient atténués lorsque la température s'est adoucie.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## COURRIER

*Conférences cliniques de la Charité.* — M. Landouzy, remplaçant M. Hardy, commencera le 16 août, à la Charité, à 10 heures, ses conférences cliniques et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON. — *Prix à décerner en* 1882. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : *Des éruptions connues vulgairement sous le nom de rash chez les enfants du premier âge.*

Insister sur leur nature et rechercher s'il en est que l'on puisse combattre sans danger, d'autres que l'on ne doive attaquer qu'avec certaines précautions, et d'autres, enfin, qui doivent être respectées.

Établir clairement ces distinctions et faire connaître la meilleure conduite à tenir dans les différents cas.

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1882, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco,* avant le 31 janvier 1882, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais,* le mémoire couronné.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — séance du vendredi 12 août 1881.

*Ordre du jour :* Rapport sur les maladies régnantes du deuxième trimestre de 1881, par M. Ernest Besnier. — Communications diverses.

(Cette séance est la dernière avant les vacances; la séance de rentrée aura lieu le vendredi 14 octobre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 13 août 1881 (local de la Société de chirurgie), rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures 1/2 très précises.

*Ordre du jour :* 1° Note sur les pessaires à antéversion, par M. Thevenot. — 2° Rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Kastus (d'Allevard) par M. Gillebert Dhercourt fils. — 3° Communication de M. Duboué (de Pau), relative à la confirmation par les expériences de M. Pasteur de sa théorie nerveuse de la rage publiée en 1879. — 4° Communications diverses.

*Nota.* — MM. les membres du conseil d'administration sont instamment priés de se rendre à trois heures et demie précises rue de l'Abbaye, 3, pour entendre le compte rendu financier de l'année 1880 par M. Perrin, trésorier.

La séance de réouverture aura lieu, après les vacances, le 8 octobre.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CLINIQUE INTERNE

## ARTÉRITE GÉNÉRALISÉE; FAITS CLINIQUES; LÉSIONS ARTÉRIELLES ET VISCÉRALES; DÉSORDRES FONCTIONNELS, ÉVOLUTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Leçons faites à l'hôpital de la Pitié, le 7 novembre 1879, par le docteur E. LANCEREAUX, Membre de l'Académie de médecine.

Recueillies par M. Armand DELPEUCH, interne des hôpitaux (1).

Vous comprendrez, Messieurs, que des lésions aussi diverses aient nécessairement des manifestations multiples et variables, suivant leur mode de groupement et de succession. Les altérations communes et constantes, celles de l'appareil circulatoire, peuvent elles-mêmes au début passer inaperçues; elles ne déterminent, en effet, aucun trouble appréciable. Tant que le cœur suffit à sa tâche, on ne constate guère que les signes d'une hypertrophie de cet organe, en même temps qu'on entend un souffle systolique se propageant parfois dans l'aorte ascendante, sous la clavicule, ou jusque dans la région dorsale; ce souffle traduit l'altération des parois aortiques. Tôt ou tard il vient s'y joindre un souffle diastolique, par suite de l'insuffisance des valvules sigmoïdes qui s'épaississent et se rétractent, envahies qu'elles sont de haut en bas par la lésion artérielle. Il existe parfois aussi un bruit de galop, mais l'orifice mitral est, en général, intact, bien qu'il laisse souvent entendre un souffle diastolique; les causes de l'artérite généralisée sont toutes différentes de celles qui engendrent l'endocardite avec rétrécissement mitral.

Le pouls, dans ces conditions, a les caractères du pouls de Corrigan, et son exploration permet quelquefois de sentir sous le doigt une artère radiale indurée et sinueuse; mais souvent aussi ce vaisseau est normal, alors que les artères iliaques et fémorales sont dures, larges, profondément altérées. L'œdème est rare et ne s'observe guère qu'aux extrémités; néanmoins, le malade a une physionomie assez particulière : il est pâle, décoloré, parfois un peu jaunâtre, toujours profondément anémié. Il accuse de l'oppression dans certains cas, de l'angoisse, et quelquefois des accès de crises douloureuses à la région précordiale, une sorte d'ébauche

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 23, 30 juillet et 4 août.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Un anonyme m'écrit de Toulon, — pourquoi anonyme ?

« Les abonnés de l'UNION MÉDICALE prennent tant d'intérêt à la revue rétrospective de la Faculté de médecine, que leur fait passer le sympathique et si aimé Dr Simplice, qu'ils voudraient, si j'en juge par moi, ne voir jamais cesser le défilé de ces portraits si vrais qu'on croit encore se trouver en présence de ceux qu'ils représentent. »

O flatterie, voilà bien ton empire! Croiriez-vous que ces élogieuses lignes ont produit sur moi, vieux bronzé que je devrais être, une impression de chatouillement très agréable, absolument comme si j'étais un novice naïf? Et voyez où peut conduire « un grain de vanité avalé par mégarde », je me suis dit : Aimable et bienveillant anonyme, tu n'en trouves pas assez de ma rétrospective prose, attends, attends, je vais t'en assommer.

Et voilà qu'en continuant un travail de sélection, commencé depuis quelque temps, parmi les nombreux articles que j'ai commis, je suis tombé hier précisément sur une *Causerie* publiée le 26 juillet 1862, et dans laquelle il était question d'un vieux maître, Adelon, qui venait de disparaître, et d'un jeune confrère qui venait d'apparaître avec éclat dans le monde savant, Maurice Raynaud.

Je viens précisément de rappeler ici même le souvenir d'Adelon et de consacrer quelques lignes bien affligées à la mémoire de Maurice Raynaud. Ma foi, je suis curieux de voir comment, à près de vingt ans de distance, j'ai parlé de ce vieux maître que nous perdions et de ce charmant esprit qui apparaissait sur l'horizon de la notoriété.

d'angine de poitrine. Toutefois, même sous cette forme atténuée, ce dernier accident est exceptionnel dans l'artérite généralisée.

La bronchite est fréquente; les hémoptysies et l'apoplexie pulmonaire, plus rares, ont un pronostic presque toujours sérieux. L'estomac, le foie et la rate sont en général simultanément atteints, bien qu'à un degré inégal. Il est commun d'observer de la stase dans ces organes, ce qui rend compte du trouble des fonctions digestives et de l'anémie générale, phénomènes constants et d'une grande valeur diagnostique.

La fonction urinaire doit être surveillée; les urines, contrairement à ce qui a lieu dans certaines affections cardiaques, augmentent de quantité en même temps que leur densité diminue : celle-ci est de 1010 environ. L'albuminurie ne se montre jamais qu'au bout d'un certain temps, et n'existe tout d'abord que par intervalles pour devenir ensuite continue. Certaines formes de la néphrite interstitielle se rapportent manifestement à la dégénérescence artérielle qui nous occupe, ainsi que je l'ai montré autrefois (1).

Les troubles fonctionnels qui relèvent du système nerveux varient avec le siège et le degré de l'altération artérielle. Ils consistent tout d'abord en de simples vertiges qui se manifestent le matin, au moment du lever, ou dans le cours de la journée, quand le malade vient à regarder en haut. Plus tard, on observe quelquefois de véritables attaques apoplectiques, de courte durée et sans hémiplégie, dues sans doute à l'ischémie cérébrale.

Les facultés intellectuelles sont presque toujours atteintes : la mémoire diminue, la parole est lente et embarrassée, le caraetère moins facile; le malade est impatient et parfois se met à pleurer ou à ricaner sans motif. Dans quelques cas même, les pleurs sont précédés de grimaces et de sanglots d'un caractère tout spécial, au point que, dans plusieurs circonstances, j'ai pu, en m'appuant sur ce symptôme, diagnostiquer des lacunes au niveau de la protubérance et vérifier le diagnostic à l'autopsie. Ajoutons que fréquemment la physionomie est hébétée ou exprime une sorte d'état béat.

Des troubles de la vision accompagnent ces désordres; ils consistent en un affaiblissement plus ou moins notable, et quelquefois, comme chez un de nos malades,

(1) Voyez article *Rein* du Diction. encyclopéd. — Comparez Henouille, *De la néphrite interstitielle dans ses rapports avec les lésions du système artériel*, thèse de Paris, 1877.

---

Eh bien, mon vieux Simplice, je suis content de toi. Entre ce que tu disais il y a vingt ans et ce que tu écrivais il y a huit jours, il y a concordance et harmonie; tu n'as ni à t'excuser, ni à te contredire; voici, en effet, la petite oraison funèbre que tu prononças à la mort du digne et honnête Adelon. J'avoue que, si ce morceau m'était revenu à la mémoire, je ne me serais pas mis en frais d'une rédaction nouvelle :

*
* *

« Parlons d'abord des morts, c'est la pieuse habitude de ce feuilleton. J'y suis d'autant plus porté aujourd'hui, que ce feuilleton vient de perdre un bienveillant patron, de sorte que, au regret général qu'inspire la mort de M. Adelon, je peux ajouter ma douleur particulière. Il n'était pas de jour où le vénérable professeur ne rencontrât l'un de nous, sans lui prendre affectueusement les mains, sans lui adresser de gracieuses paroles, sans l'encourager par sa bienveillante approbation. M. Adelon avait la bonté de nous lire, et il tenait à nous en donner la preuve en toute occasion en nous faisant part de ses réflexions toujours obligeantes. Ce dont il voulait bien nous féliciter surtout, c'est de notre modération dans la critique. D'aucuns la blâment et la traitent de faiblesse; ce sont les ignorants des choses de la presse; ils ne savent pas que de tout ce qui est facile, le plus facile c'est la violence, qu'on réussit dans ce genre avec des facultés très ordinaires et que rien n'est plus aisé que de se montrer agressif, injurieux et méchant, tandis que la perfection suprême, celle à laquelle nous désespérons de jamais arriver, serait de rester fidèle à la fois à la vérité et aux bienséances. M. Adelon eût été un modèle parfait de ce journaliste idéal. Ferme et résolu dans ses convictions, il savait en tempérer l'austérité par la plus exquise aménité des formes. C'était l'honnête homme dans le sens le plus étendu de cette appellation; dans la signification com-

il existe une véritable hémiopie. Huguenin (1) a observé deux fois ce symptôme dans des conditions analogues et a cru devoir le rattacher à un ramollissement superficiel d'une région corticale voisine de la scissure de Sylvius, mais il pourrait bien, dans quelques cas, n'être qu'un effet de l'altération de l'artère du nerf optique ou de ses branches. Le professeur Peter signale enfin la fréquence des hémorrhagies sous-conjonctivales et les considère comme des menaces d'accidents plus graves, d'hémorrhagies cérébrales.

La motilité est le plus souvent troublée; tantôt les mouvements sont simplement faibles, ralentis, maladroits; tantôt il existe un tremblement plus ou moins accusé, se distinguant de celui de la sclérose en plaques, par ce fait qu'il n'augmente pas lorsque le malade essaie de donner à son geste plus de précision, dans l'action de boire par exemple. Parfois enfin on constate l'existence de paralysies portant sur les membres supérieurs ou inférieurs, paralysies mal délimitées en général et plus ou moins accusées suivant le siége et l'étendue des lacunes, du ramollissement ou des hémorrhagies cérébrales. Si la sensibilité morale est fréquemment atteinte, par contre la sensibilité physique est peu modifiée. Quelquefois pourtant les malades éprouvent des sensations subjectives de fourmillements et de picotements fort insupportables. En ce moment même, j'observe un malade qui accuse dans les deux jambes des douleurs intenses n'ayant d'autre origine qu'une induration avec calcification des artères fémorales.

L'artérite généralisée évolue d'une façon lente, insidieuse, progressive. Les premières manifestations échappent le plus souvent à l'attention du médecin qui ne les soupçonne pas. Ces manifestations varient d'ailleurs suivant que tel ou tel département circulatoire est plus spécialement atteint. Parfois les troubles cérébraux prédominent; d'autres fois c'est l'albuminurie, la dyspepsie et surtout la dyspnée qui sont la préoccupation du malade et du médecin. Quoi qu'il en soit, ces accidents rétrocèdent rarement, vu la difficulté de combattre l'artérite généralisée; et la guérison est des plus rares.

La mort est exceptionnellement l'effet d'une syncope ou d'une apoplexie pulmonaire; le plus souvent, elle est due à l'altération des reins et à l'albuminurie, si elle n'est la conséquence d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie cérébrale. Dans beaucoup de cas, elle survient alors que les malades sont gâteux depuis long-

(1) Observation analysée dans la *Revue des sciences médicales,* t. X, p. 112.

---

plète et élevée que lui donnaient les écrivains du XVII[e] siècle qui y faisaient entrer la science, la vertu, l'éducation. M. Adelon était formaliste jusqu'à l'excès peut-être, mais il l'était avec tant de courtoisie, qu'il fallait céder à ses exigences. La grande aptitude de M. Adelon se montrait moins dans la chaire professorale, ou dans la tribune académique, que dans les conseils et dans les commissions de ces deux institutions. On n'arrive par là ni à la popularité, ni au retentissement, mais on acquiert une véritable et solide réputation d'exactitude et de régularité; on rend des services précieux et quotidiens en rappelant à l'observance des lois, décrets et règlements dont M. Adelon connaissait et le texte et l'esprit et les applications, comme nul autre ne les possèdera jamais.

M. Adelon touchait à sa 80[me] année. Depuis longtemps l'affaiblissement de sa voix l'avait éloigné de l'enseignement de la médecine légale, dont il a occupé la chaire pendant trente-cinq ans. Son savant et brillant successeur, M. Tardieu, l'a suppléé pendant plusieurs années, et c'était un spectacle touchant et respectable de voir M. Adelon assistant lui-même aux cours de son suppléant et l'encourageant de son approbation.

Loin de nous la prétention, dans ces colonnettes légères, d'écrire un *Éloge* académique ou même une simple notice. Les orateurs de la Faculté et de l'Académie ont d'ailleurs, sur la tombe de notre vénéré confrère, très dignement honoré sa mémoire. Je n'ai pu connaître que le discours prononcé par M. J. Béclard au nom de l'Académie de médecine, et ce discours méritait l'approbation qu'il a reçue. Je féliciterai surtout M. Béclard d'avoir honoré dans M. Adelon la fidélité à l'amitié et aux convictions de sa vie. Il est bon en tout temps de mettre en lumière ces nobles qualités du cœur, parce qu'elles sont rares en tout temps. Mais sont-elles plus rares de nos jours, comme M. Béclard l'a trop sévèrement exprimé, selon moi? Non, on en pourrait citer de très glorieux exemples qui consolent des défaillances de l'âme, trop

temps et par suite de la résorption qui s'est opérée au niveau des eschares, qui sont fréquentes en pareil cas; enfin, elle peut être amenée par des accidents pulmonaires déterminés par l'introduction de parcelles alimentaires dans les voies aériennes, ou encore par complication, pneumonie franche ou érysipèle. Dans de semblables conditions, ces maladies sont fatales en raison de la débilité générale et du mauvais état du système artériel.

Le pronostic de l'artérite généralisée est grave, en raison du peu de tendance de la lésion anatomique à la résolution. L'élasticité et la contractilité artérielles une fois disparues, ne se refont pas, et ce serait là pourtant la condition d'une guérison définitive ou même d'une amélioration durable.

Le cause de l'artérite généralisée nous échappe le plus souvent. L'âge, à la vérité, joue un grand rôle dans la production de cette affection qui se montre à peu près uniquement dans la seconde moitié de la vie; mais, comme tous les vieillards n'en sont pas atteints, ce ne peut être qu'une cause prédisposante. Le froid humide a été invoqué comme cause efficiente, mais sans preuves suffisantes. Il en est de même de l'alcool : les excès de boisson, si je m'en rapporte à mes observations personnelles, ne sont jamais la cause de l'artérite généralisée, car sur des centaines d'autopsies d'alcooliques, il ne m'est pas arrivé une seule fois de rencontrer cette affection; c'est au plus si dans quelques cas j'ai trouvé une artérite circonscrite, limitée à l'orifice de l'aorte.

Le saturnisme chronique et la goutte sont des maladies dans le cours desquelles, comme je l'ai signalé autrefois (1), il arrive d'observer certaines formes de l'artérite généralisée. Il est une autre maladie où l'artérite généralisée est commune, je veux parler de l'herpétisme. Cette dernière, qui donne lieu à des troubles trophiques des articulations, des ongles et de beaucoup d'autres parties du corps, est certainement la cause la plus fréquente de l'artérite généralisée, et partant cette altération, comme les lésions cutanées et articulaires, a vraisemblablement aussi une origine trophique.

Le thérapeutiste devra avant tout traiter la maladie générale, puis, au début, administrer l'iodure de potassium, en raison de l'analogie des lésions artérielles avec celles de la syphilis. Les médecins anglais et Bouillaud l'ont fait et s'en sont bien trouvés. Il faut ajouter à ce traitement des frictions et des

(1) Voyez l'article *Artérite* du Diction. encycl. des sc. méd.

---

communes en tout temps. Les grands caractères ont toujours été des exceptions, et voilà pourquoi ils font saillie comme des points brillants dans l'histoire des hommes. Il est bon de les honorer et de les admirer, mais il serait imprudent, il serait injuste surtout de les célébrer comme des vertus d'un autre âge auquel le nôtre ne saurait aspirer. Nous ne valons pas moins que nos ancêtres, et je me plais à croire, au contraire, que l'adoucissement général des mœurs et l'élévation de la moralité publique rendront de moins en moins exceptionnels la force du caractère et les vertus du cœur. J'ose d'autant plus me permettre cette réflexion à l'occasion du discours de M. J. Béclard, que si je voulais citer parmi nous un beau caractère, fidèle à la reconnaissance et à l'amitié, M. J. Béclard m'en fournirait lui-même un digne et honorable exemple. »

*
* *

Voyons maintenant comment je saluais la brillante étoile qui se levait sur le firmament médical :

« Si M. Adelon, le protecteur dévoué de la jeunesse et du talent, était en ce moment à ma place, il se réjouirait, il dirait : Ma belle et bonne science médicale, également rejouis-toi! un jeune talent nous est né, plein de sève et d'avenir. Esculape, fils d'Apollon, que ton front radieux se couronne d'immortelles; Muses, chantez l'alliance des Lettres et de la Médecine; ombre de Galien, tressaille d'allégresse, le médecin que tu veux philosophe s'est rencontré.

Mais ici je dois le prendre sur un ton moins lyrique et dire simplement, mais non sans vif plaisir, que les deux thèses que j'annonçais samedi dernier, pour obtenir le grade de docteur ès lettres, ont été soutenues ce jour-là même, par M. Maurice Raynaud, devant un très nombreux auditoire, parmi lequel j'ai eu la satisfaction de remarquer un grand nombre de médecins, et des plus compétents.

douches écossaises pour stimuler les fonctions de la peau; on combattra par des préparations opiacées l'anémie cérébrale et l'insomnie qu'elle cause. Ce qu'il importe dans l'espèce, c'est de savoir diagnostiquer assez tôt l'artérite généralisée ; car arrêter cette maladie, c'est prévenir les nombreux accidents qui en sont les effets, tels que ramollissements et hémorrhagies du cerveau, néphrite interstitielle, etc. C'est donc à tort que les pathologistes ont fait de ces lésions des maladies spéciales.

## Congrès médical international

Londres, 6 août 1881.

Mon cher rédacteur en chef,

Je vous disais dans ma précédente lettre que je vous parlerais des discours prononcés par les présidents de section à l'ouverture de leurs travaux. Permettez-moi d'abord de m'arrêter quelques instants sur celui du professeur Virchow, sur la valeur de la méthode expérimentale en pathologie.

« Aucun de ceux qui attaquent les vivisections, dit-il en commençant, n'ont aucune conception de la véritable importance de la science, ni de la valeur de ce moyen d'instruction. Les antivivisecteurs ont été si loin qu'à Leipzig une Société pour la protection des animaux, fondée récemment, a adressé cette année au Reischtag une pétition demandant qu'une loi fût édictée pour punir les expériences sur les animaux, faites dans un but prétendu scientifique, d'un emprisonnement variant de quatre semaines à deux ans et même de la privation des droits civils. Il est vrai qu'on n'en a pas tenu compte. D'autres demandent que les laboratoires des Universités soient placés sous le contrôle des Sociétés pour la protection des animaux, de telle manière que l'accès des laboratoires ne soit permis qu'à leurs membres. »

Ces idées rétrogrades sont plus répandues qu'on ne le pense dans toutes les classes de la société; elles peuvent devenir un danger pour la science, justement parce qu'on ne connaît pas la portée véritable des vivisections. Les objections qu'on leur fait peuvent être rangées en deux catégories. D'un côté, on prétend que la méthode expérimentale, et même toute la science médicale moderne, est matérialiste, sinon nihiliste, dans ses tendances; elle pèche contre le sentiment, contre la moralité, contre la religion. D'autre part, on soutient que l'introduction des expériences sur les animaux n'a été d'aucune utilité, que la science médicale n'a nullement avancé par elles, et qu'en particulier le traitement des maladies n'a jamais fait de progrès évident depuis lors. Même ceux qui reconnaissent quelque progrès pensent qu'il est dû beaucoup plus à l'anatomie seule qu'aux expériences sur les animaux vivants.

Virchow fait remarquer que les objections *sentimentales* sont justement les mêmes que celles

---

De ces deux thèses, je ne vous parlerai pas aujourd'hui, je veux me donner le plaisir de vous en rendre compte un peu plus tard.

Mais ce que je ne veux pas vous laisser ignorer, c'est qu'elles ont été argumentées pendant plus de quatre heures par les plus éminents professeurs de la Faculté des lettres de Paris, avec une science incomparable, et qu'elles ont été soutenues par le candidat avec un talent, un esprit, un éclat qui ont fait faire explosion aux applaudissements de l'auditoire. C'est un des plus beaux succès dont la Faculté des lettres puisse garder le souvenir.

Je ne connaissais pas M. Maurice Raynaud avant cette solennité; j'ai eu le plaisir de le voir depuis, et je suis sûr de répondre aux désirs de ce modeste autant que savant jeune homme, en parlant modestement de sa personne et de ses œuvres.

M. Maurice Raynaud est docteur en médecine de quelques jours à peine. Sa thèse sur la *Gangrène symétrique* est, dit-on, fort remarquable par la forme et par le fond; je ne la connais pas. Lauréat, médaille d'or, du concours de l'internat, M. Maurice Raynaud par le privilège que confère ce prix, est encore interne à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Grisolle. Élève de l'École normale, M. Maurice Raynaud a renoncé à la carrière de l'enseignement pour suivre celle de la médecine. Il est licencié ès sciences et il aspire également au doctorat dans cette Faculté. Il a préludé d'ailleurs à ses succès d'aujourd'hui par d'éclatants succès aux grands concours des lycées de Paris. Fils d'un ancien professeur de l'Université, ancien recteur d'Académie, il a reçu une instruction littéraire et scientifique complète sous cette direction paternelle, prévoyante et distinguée.

M. Maurice Raynaud, aujourd'hui médecin, veut être médecin, rien que médecin, et se dispose à entrer dans les concours de la Faculté pour l'agrégation, et des hôpitaux pour le Bureau central. Je dis cela, et ce n'est pas sans intention. Il est quelques personnes, — elles devien-

qu'on a opposées aux dissections de cadavres pendant des siècles et qu'il a bien fallu finir par les abandonner. Il en sera de même pour les vivisections. Quant aux objections tirées de l'inutilité de ce moyen de recherches, Virchow s'appuie sur l'histoire des progrès de la médecine depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, et fait ressortir ce que chaque branche de la science médicale y a gagné. Citons quelques passages de ce remarquable discours :

« La caractéristique de la science médicale moderne est la localisation. A ceux qui demandent continuellement ce que la science moderne a fait pour l'art pratique de guérir, on peut répondre que chaque branche de la pratique médicale s'est soumise au principe de localisation, non seulement en pathologie, mais encore en thérapeutique, et que c'est ainsi qu'on a obtenu le plus de bénéfice pour les malades. Il est tout à fait superflu de chercher des exemples pour démontrer de quelle utilité a été la science moderne.....

« Hunter plaçait le siège de la vie dans le sang, suivant l'ancienne opinion mosaïque ; Flourens a trouvé que le *nœud vital* était dans la moelle allongée. Tous deux, pour l'élucidation de cette question difficile, ont été obligés d'avoir recours aux vivisections. Quelle preuve plus éclatante veut-on de l'utilité de cette méthode expérimentale?..... »

Tout serait à citer dans ce discours que tout le monde a apprécié, à l'audition ou à la lecture, comme il méritait de l'être. J'espère que quelque jour on pourra le lire en français dans un de nos recueils. Terminons par la dernière phrase : « Il n'y a nulle part de preuve que la moralité soit actuellement diminuée dans les cercles médicaux. Le reproche que le christianisme est mis en danger par les vivisections est digne des Abdéritains. L'opinion que les étudiants en médecine sont brutalisés dans leur for intérieur a tout autant de valeur que la calomnie qui prétend que les démonstrateurs de vivisections ont perdu leur moralité. Mais, en tout cas, il n'y a rien à craindre pour la science elle-même. On peut dire d'elle ce que Bacon disait du soleil : « Il entre dans les palais et dans les chaumières, mais il n'en est pas souillé ! »

J'arrive maintenant aux *address* des présidents de section. Celui de M. Michael Foster, en physiologie, a été le panégyrique des grands physiologistes de l'Angleterre. « Dans toute contrée, dit-il, la naissance d'un grand homme peut être suivie de deux effets différents : d'un côté, son exemple et son influence peuvent agir sur ses contemporains et augmenter leur activité scientifique ; de l'autre, sa gestation, comme le tétanos sur un muscle, semble souvent déterminer une fatigue nationale, et la terre qui l'a porté paraît pendant un certain temps incapable d'en produire un second. »

L'Angleterre aurait échappé à cette dernière loi naturelle, depuis Harvey. Grâce à lui, c'est la première voie qu'elle aurait suivie. L'énumération des grands anatomo-physiologistes anglais confirme l'opinion du professeur Foster. Après Harvey vint Glisson, célèbre surtout par la capsule du foie. En même temps que Glisson, parut Warthon, puis Willis, Robert Boyle, Robert Hook, Richard Lœwer, John Majow, Hales, Robert Whytt, John Hunter et son

---

nent heureusement de plus en plus rares, — pour qui les études scientifiques, et surtout les études littéraires, ne sont pas la meilleure recommandation que puisse employer un jeune médecin. Que de gens encore, — ils ont de bonnes raisons pour cela, — qui traitent de bel esprit ou de journaliste (c'est pour eux la plus cruelle injure qu'ils puissent proférer) ceux qui ont joint le culte des lettres à celui de la science ! Que de gens encore s'imaginent qu'on ne saurait faire tirer la langue à un malade si l'on écrit correctement sa langue ! Quant à ceux qui savent écrire le latin ou le grec, ils ne sont bons qu'à épousseter la poussière des bouquins.

On comprend que, voulant saluer et honorer le jeune et brillant talent de mon jeune confrère, je doive éprouver l'appréhension de ne pas lui nuire dans son avenir et dans ses légitimes espérances. Je m'empresse donc d'ajouter que, au point de vue de la médecine théorique et appliquée, M. Maurice Raynaud a donné des gages assurés de son aptitude médicale. Si dans ses austères études et fonctions de l'internat, si dans la salle de garde il a pu trouver des loisirs qu'il a consacrés aux lettres, à la philosophie, à l'histoire de la médecine, nous devons nous en réjouir, l'en féliciter et l'en remercier. Puisse-t-il prouver à la génération qui l'entoure et à celle qui le suivra, que ces saines et corroborantes études donnent de précieux avantages à ceux qui ont eu le courage de s'y livrer.

Je réclame ici pour l'UNION MÉDICALE ce petit titre à l'estime de ses contemporains, d'avoir poussé la jeunesse dans la direction de ces études et d'avoir excité les corps enseignants et académiques à les encourager par des institutions sérieuses. »

L'UNION MÉDICALE peut aussi réclamer le mérite, et hautement elle le réclame, d'avoir encouragé tous les progrès en restant fidèle à la tradition ; elle a honoré et respecté le passé, elle a excité le présent en croyant à l'avenir.

ami William Hewson, mort à 35 ans d'une piqûre anatomique, Thomas Young, Charles Bell, puis les contemporains, dont il n'est pas encore temps de parler. M. Foster indique, chemin faisant, les ouvrages et la tendance scientifique de chacun de ces hommes illustres, dont son discours est une des plus belles études biographiques qu'on puisse lire.

Dans la section de pathologie, le docteur Samuel Wilks a obtenu un grand succès en montrant le rôle de la pathologie comparée. Les résultats de l'étude de la pathologie humaine et de la pathologie animale ont déjà été considérables, puisqu'ils ont abouti à la connaissance des infiniment petits et de leur importance dans l'étude des maladies humaines; il y a plus encore, et sir James Paget a démontré récemment que les microbes jouaient un rôle analogue dans la pathologie végétale, et que la destruction progressive des immenses forêts de l'Allemagne n'avait pas d'autre cause. Il faut donc reconnaître aujourd'hui que la plupart des actes morbides (en attendant qu'on puisse dire tous) ont leur source dans des germes microscopiques, aussi bien dans le règne végétal que dans le règne animal.

Sir William Gull, président de la section de médecine, s'est efforcé, involontairement peut-être, de développer la thèse contraire à celle de Virchow, et de démontrer l'importance du fait en médecine. « L'Allemagne et les pays du Nord, dit-il, ont largement doté la science par la méthode analytique. La France, par sa rare faculté synthétique, semble plus spécialement portée à faire avancer la science par la physiologie. Le génie anglais est peut-être plus adapté à la méthode historique et aux lumières qui en découlent. La médecine clinique, toutefois, présente pour l'étude de la pathologie des occasions qui, sous certains rapports, sont au moins uniques. »

Dans la section des maladies de la gorge, M. George Johnson a retracé l'influence exercée par les travaux de Garcia, de Türck, de Czermak, sur les progrès de la laryngoscopie, et les relations des affections laryngées avec les maladies générales.

Dans la section de chirurgie, l'aimable professeur John Eric Erichsen commence ainsi son discours : « La chirurgie n'est jamais stationnaire. Rester stationnaire quand tout est en mouvement autour de soi serait, pratiquement, rétrograder. Toutefois, le mouvement n'implique pas nécessairement le progrès. La direction générale du mouvement doit être sans aucun doute en avant, mais les facteurs de ce mouvement ne tendent pas tous également dans cette direction. » Quelle plus fine appréciation peut-on faire de l'esprit actuel de la chirurgie? Le reste du discours est le développement de ce thème. Comme exemple, l'orateur s'appuie sur les sujets qui seront discutés dans la section, et qui, comme nous le verrons plus tard, prouvent bien que le mouvement et le progrès font deux.

M. Alfred Mc. Clintock, président de la section de médecine et de chirurgie obstétricale, remercie en termes fort spirituels ses confrères de l'étranger de s'être réunis sur le sol britannique pour y discuter l'œuvre des successeurs de Mauriceau, Baudelocque, Siebold, Nœgele, Meigs, Hodge, et ses collègues qui ont accepté la vice-présidence de la section pour partager le fardeau qu'on a imposé à ses épaules de président. Puis, comme d'autres présidents de

---

***

— La Presse scientifique vient de perdre un de ses rédacteurs et propagateurs; M. le docteur Grimaud de Caux, qui, depuis un tiers de siècle, rédigeait dans le journal l'*Union* les comptes rendus des Sociétés savantes, et surtout les questions d'hygiène publique, vient de succomber, à l'âge de 82 ans, à une longue maladie. C'était un polémiste chagrin, un peu morose, avec lequel il n'était pas bon de se prendre de bec de plume, résultat de ses convictions honnêtes et sincères pour lesquelles il n'admettait pas de transaction.

***

J'ai là plusieurs lettres dont je regrette de ne pouvoir faire usage aujourd'hui. Cependant je ne peux faire attendre plus longtemps celle qui va suivre, et qui accompagne un document intéressant et rectificatif sur un point de la biographie de Dupuytren.

Voici cette lettre et ce document :

*La dernière lettre de Dupuytren.*

Vitry-le-François, ce 26 juillet 1881.

Monsieur et très honoré confrère,

Je dois à l'obligeance de M. Henri Thévenin, substitut au parquet de Vitry et petit-neveu de Dupuytren, la communication d'un autographe précieux trouvé par lui dans les papiers de son père, M. le conseiller Thévenin, décédé il y a quelques mois, alors même qu'il présidait les assises de Versailles.

Cet autographe, dont la copie me paraît offrir un certain intérêt pour vos lecteurs, en ce

section, il retrace la vie des grands accoucheurs de l'Angleterre, et nous apprend, chemin faisant, que Harvey excellait dans la pratique des accouchements et dans le traitement des maladies des femmes. Anatomiste patient, médecin sagace, chirurgien habile accoucheur non moins patient et non moins habile, c'était donc un homme complet.

M. Ch. West, président de la section des maladies des enfants, a été surtout remarquable en faisant hautement la déclaration de ses sympathies pour la France et pour les travaux des médecins français sur les maladies de l'enfance. M. Archambault, en traduisant le livre de M. West, nous avait appris à estimer comme elle le méritait, la valeur de notre éminent confrère anglais.

La section des maladies mentales a pour président M. C. Lockhart Robertson, à qui sa position de médecin du lord chancelier, chargé de l'inspection des asiles d'aliénés, permet d'avoir des documents officiels sans rivaux sur l'aliénation mentale en Angleterre. Il en a profité pour donner sur les établissements d'aliénés et leurs habitants des détails statistiques extrêmement curieux et importants, dont nous ne pouvons que recommander la lecture. On trouvera aussi dans ce discours un aperçu historique de la législation anglaise relative à cette classe intéressante de malades.

M. Dalby, président de la section des maladies de l'oreille, après les compliments d'usage, donne son opinion sur les différentes questions qui devaient être discutées devant la section : valeur des opérations dans lesquelles la membrane du tympan est excisée; productions morbides dans l'oreille; perte de l'ouïe dans les cas où les oreilles externe et moyenne sont sans lésions.

Dans la section des affections de la peau, M. Erasmus Wilson a fait son discours présidentiel en donnant sa manière de voir sur ces affections en général. Il insiste sur leurs origines multiples : affections du système nerveux, altérations locales, empoisonnement du sang, etc., et en conclut que dans chaque cas il faut adopter un traitement différent.

Dans la section des maladies des dents, M. Edwin Saunders insiste surtout sur la nécessité de régulariser la position du dentiste par des lois, dans la société médicale actuelle, aussi bien dans les pays étrangers qu'en Angleterre.

M. le professeur Longmore, inspecteur général de l'armée anglaise, était naturellement le président de la section de médecine et de chirurgie militaires. Son adresse sur l'organisation du service de santé de l'armée anglaise, considéré en temps de paix et en temps de guerre, nous a paru un modèle digne d'être étudié surtout au point de vue de ses applications pratiques et des rapports entre les grades des officiers de l'armée et des médecins militaires.

L.-H. PETIT.

---

moment surtout où vous évoquez si ingénieusement les souvenirs qui se rattachent à Dupuytren et à son époque, est la dernière lettre écrite par lui : elle est adressée à son père, et datée du 26 janvier 1835; Dupuytren mourait le 7 février suivant.

Tracée d'une main déjà défaillante, cette lettre est cependant assez lisible; un seul mot, celui que je souligne, peut donner lieu à quelque incertitude.

La suscription qui l'accompagne apporte un argument nouveau destiné à détruire, si cela était encore nécessaire, la légende qui veut que Dupuytren, errant à l'aventure dans les rues de Pierre-Buffière, ait été emmené à Paris par un officier de dragons séduit par sa physionomie intelligente.

Le père de l'illustre chirurgien était avocat à Limoges, et c'est lui qui, de propos délibéré, envoya son fils Guillaume à Paris pour y étudier la médecine, à l'exemple d'un de ses oncles. La vocation de Dupuytren n'est donc pas due au hasard : c'est un peu moins romanesque, mais c'est la vérité.

Veuillez agréer, etc.

D^r^ L. VAST,

Chirurgien en chef de l'hôpital de Vitry-le-François
ex-interne de l'ancien Hôtel-Dieu (1864).

*Copie textuelle de l'autographe.*

On s'est trompé, mon cher père, lorsqu'on vous a annoncé qu'il y avait depuis quelque temps de l'amélioration dans mon état. Il s'est au contraire sensiblement aggravé; il l'est au point que je doute que ni les ponctions ni les drastiques puissent me *laisser* quelques chances

# BIBLIOTHÈQUE

**CONTAGION DES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LA VILLE DE PARIS DEPUIS 1875 JUSQU'A 1881**, leçons extraites d'un ouvrage de M. le docteur MAURIAC sur les Maladies vénériennes, en voie de publication chez MM. J.-B. Baillière et fils.

Nous avons sous les yeux un fragment du livre sur les Maladies vénériennes, dont M. le docteur Mauriac prépare la publication. C'est une leçon sur la contagion de ces maladies dans Paris pendant une période de cinq années. L'étendue de ce travail nous met dans l'impossibilité de le publier *in extenso*. Nous sommes réduits, pour donner à nos lecteurs une idée de l'important ouvrage qui va paraître, à en donner une analyse sommaire.

Il s'agit de la contagion des maladies vénériennes au point de vue démographique. Ces maladies ont augmenté de fréquence depuis 1875 jusqu'au commencement de 1881. L'année 1875 occupe une place exceptionnelle dans la période de 1869 à 1881; elle marque l'époque où s'est établi l'*étiage* des maladies vénériennes, c'est-à-dire celle où elles atteignirent leur niveau numérique le plus bas. L'auteur donne une statistique prouvant cette augmentation depuis 1875; le mouvement ascensionnel devient surtout marqué pendant l'Exposition universelle, en 1878, et se continue sur une plus large échelle encore en 1879 et 1880. De 1875 à 1881, l'augmentation est près de deux fois plus considérable que ne l'avait été leur diminution de 1869 à 1875.

Quelles sont les causes de l'augmentation des maladies vénériennes dans Paris, pendant la période susdite? Dans cette recherche, faut-il prendre la contre-partie des causes qui avaient produit d'abord la diminution de ces maladies, dépopulation de la ville à la suite de la guerre, abaissement de la fortune individuelle, surveillance plus rigoureuse de la prostitution, augmentation dans le nombre des mariages? On arrive, par ce procédé, à des probabilités plutôt qu'à des certitudes absolues. Cependant, il n'est pas irrationnel d'incriminer l'augmentation de la population parisienne (il y a actuellement 102,760 habitants de plus qu'en 1876, et 239,773 de plus qu'en 1872), et en second lieu, l'accroissement de la fortune publique et des fortunes privées.

Une troisième cause doit être cherchée dans les modifications qu'a subies le régime de la prostitution dans la ville de Paris depuis 1875. Les dangers de la prostitution clandestine ont augmenté de jour en jour; le nombre des prostituées inscrites et soumises à l'inspection a considérablement diminué pendant les années 1876, 1877 et 1878; il y a eu ralentissement dans les arrestations des filles insoumises et des filles inscrites; d'autre part, le nombre des filles *disparues*, c'est-à-dire qui se sont soustraites à la surveillance administrative et sanitaire, s'est accru dans de grandes proportions. Il faut reconnaître que, si les ravages de la prosti-

---

en faveur de ma guérison. La chose sera d'ailleurs bientôt décidée. Il est cruel à 56 ou 57 (le mot *ans* manque) et ayant une longue carrière devant soi de faire une pareille fin.

Votre fils dévoué, DUPUYTREN.

26 janvier 1835.

ADRESSE : *Monsieur*
*Dupuytren*,
*Avocat*,
*Rue Haute-Vienne*.
*Limoges*.

(Avec timbre de la poste de Paris du 27 janvier 1835, et de Limoges du 29.)

Je remercie mon honorable confrère M. Vast de son intéressante communication.

Dr SIMPLICE.

---

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 13 août 1881 (local de la Société de chirurgie), rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures 1/2 très précises.

*Ordre du jour :* 1° Note sur les pessaires à antéversion, par M. Thevenot. — 2° Rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Kastus (d'Allevard) par M. Gillebert Dhercourt fils. — 3° Communication de M. Duboué (de Pau), relative à la confirmation par les expériences de M. Pasteur de sa théorie nerveuse de la rage publiée en 1879. — 4° Communications diverses.

La séance de réouverture aura lieu, après les vacances, le 8 octobre.

tution clandestine ont été sans cesse grandissant, cela tient aux difficultés presque insurmontables que présente la question de sa surveillance et de son assainissement.

L'Exposition universelle de 1878 a une grande part de responsabilité. C'est d'elle que date l'augmentation sérieuse des maladies vénériennes dans la période quinquennale de 1875 à 1881. On doit en accuser l'affluence des ouvriers à Paris pour les travaux de l'Exposition, affluence qui, loin de cesser après elle, n'a fait que s'accroître, surtout en 1880; puis celle des visiteurs français et étrangers à la même époque, d'où devaient résulter une suractivité et un accroissement forcés de la prostitution sous toutes ses formes et à tous ses degrés. Il est à remarquer que l'augmentation de la prostitution clandestine pendant l'Exposition n'a pas été transitoire; elle est devenue permanente.

Un des paragraphes les plus intéressants est celui qui traite de l'augmentation numérique du chancre simple depuis 1875 jusqu'en 1881. Ce chancre simple, « la plus crapuleuse des trois maladies vénériennes », que nous pouvons détruire « comme on détruit la vermine et toutes les engeances parasitaires qui se fixent sur la peau », et que nous verrons « disparaître du jour où on voudra s'en donner sérieusement la peine », c'est lui qui présente, comme nombre, les fluctuations les plus considérables et les plus étranges; c'est lui qui exprime le mieux les différents degrés de la contagion vénérienne. Ainsi, à la veille de l'Exposition, le chancre simple est au chancre syphilitique dans le rapport de 1 à 2,33. Le premier gagne du terrain dans le dernier trimestre de 1878; le chancre syphilitique n'est alors qu'une fois et demie plus nombreux que lui. En 1879, le chancre mou, loin de diminuer, augmente et l'emporte comme nombre sur le chancre syphilitique; son accroissement coïncide avec celui des trois maladies vénériennes prises dans leur ensemble, mais présente une prépondérance marquée sur les deux autres. Enfin l'auteur nous donne un tableau complet des maladies traitées dans son service et à sa consultation en 1880, et nous montre que, cette année-là, le chancre simple s'est trouvé, par rapport au chancre syphilitique, dans la proportion de 1,42 à 1; il constituait à lui seul la dixième partie du nombre total des maladies vénériennes. M. Mauriac estime que la province est relativement beaucoup plus riche en chancres simples que Paris, et en trouve une preuve dans l'accroissement presque instantané que prit cet accident vers le dernier mois de l'Exposition, à l'époque des vacances, lorsque les visiteurs des départements nous arrivèrent en foule.

Quand les maladies, quelle que soit leur nature, prennent un accroissement inusité, il arrive presque toujours que leur modalité symptomatique se complète et s'accentue dans un sens défavorable. A cet égard, cependant, M. Mauriac nous rassure; contrairement à la loi, l'augmentation numérique des maladies vénériennes n'a pas eu d'influence sur leur intensité. Au point de vue de leur pronostic respectif, les trois maladies vénériennes sont, depuis leur augmentation, ce qu'elles étaient pendant leur période de décroissance : la blennorrhagie reste la même, quels que soient les milieux et les circonstances; le phagédénisme du chancre mou n'est devenu proportionnellement ni plus dangereux ni plus fréquent; la syphilis est toujours bénigne dans ses premières manifestations, mais il n'en faut rien conclure pour les accidents plus éloignés et plus profonds.

M. Mauriac, recherchant quels sont les principaux foyers de la contagion, fait à grands traits une classification des arrondissements de Paris d'après la fréquence des maladies vénériennes, et établit, pour chaque arrondissement, les diverses catégories de femmes qui constituent les principales sources de la contagion. Il termine par des tableaux statistiques relatifs aux professions des femmes et des hommes atteints de maladies vénériennes.

A cette longue et intéressante leçon est ajouté un *Appendice*, où sont relatées les endo-épidémies syphilitiques postérieures à celle du XV^e siècle. Connues sous les noms de maladie de Brunn, pian, frambœsia, radezyge, mal de Sainte-Euphémie, facaldina, mal de la baie de Saint-Paul, bouton d'Amboine, etc., la critique moderne leur a restitué leur individualité réelle; le mérite en revient surtout à un des plus éminents syphiliographes français, M. le docteur Rollet, de Lyon. Enfin, sous le titre de *Géographie des maladies vénériennes*, M. Mauriac nous donne quelques détails intéressants sur la distribution de ces maladies, et surtout de la syphilis, dans les différents pays.

Le travail dont nous venons de donner l'analyse nous fait bien augurer du reste de l'ouvrage. Si toutes les leçons dont il se compose sont écrites, comme nous n'en doutons pas, avec la même précision et le même esprit scientifique, nous pouvons prédire au livre de notre distingué confrère un grand et légitime succès. — L.-G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente une note de M. V. Galtier sous ce titre : *Les injections de virus rabique dans le torrent circulatoire ne provoquent pas l'éclosion de la rage et semblent conférer l'immunité. La rage peut être transmise par l'ingestion de la matière rabique.*

Depuis que j'ai entrepris des recherches sur la rage, j'ai eu l'occasion d'injecter un certain nombre de fois le virus rabique dans la veine jugulaire du mouton, et je n'ai jamais vu apparaître la maladie. Bien plus, les divers sujets qui ont été inoculés de la sorte, une première fois, ayant été dans la suite utilisés pour d'autres expériences, et ayant été inoculés avec le même virus, mais par d'autres procédés, n'ont pas davantage contracté la rage. Voici les conclusions que légitiment les expériences de M. Galtier :

« 1° Les injections de virus rabique dans les veines du mouton ne font pas apparaître la rage et semblent conférer l'immunité.

« 2° La rage peut être transmise par l'injection de la matière rabique; et, bien que le lieu où se fait l'inoculation en pareil cas n'ait pas encore été déterminé, il n'en est pas moins démontré qu'il y a danger de contracter la maladie pour toute personne et pour tout animal qui, en quelque circonstance que ce soit, vient à introduire du virus rabique dans les voies digestives.

« J'entreprends la vérification de la donnée de l'immunité par l'injection intra-veineuse, en expérimentant *sur le chien*, et je suis en voie de m'assurer si l'injection intra-veineuse du virus, *pratiquée le lendemain ou le surlendemain d'une morsure ou d'une inoculation rabique, peut encore préserver de la rage.* »

M. Vulpian présente une note de M. Parinaud, sur l'héméralopie et les fonctions du pourpre visuel.

« Une note de MM. Macé et Nicati, du 13 juin, m'oblige à préciser l'explication que j'ai donnée de l'héméralopie.

Cette affection est essentiellement caractérisée par un affaiblissement considérable de la sensibilité pour la lumière. Chez un malade, je l'ai trouvée, à certains moments, inférieure à 1/300. Cette anesthésie est d'une nature particulière, car elle existe dans d'autres affections avec des caractères différents, sans donner lieu à la cécité nocturne. Il s'agit dans ce cas de lésions des éléments nerveux. Si l'on considère que les affections oculaires produisant l'héméralopie intéressent, au contraire, la couche pigmentaire, organe de sécrétion du pourpre, on est conduit à penser qu'elles altèrent la sensibilité à la lumière en modifiant cette substance. Le pourpre sert manifestement d'intermédiaire à l'excitation lumineuse. La sensibilité à la lumière peut donc être modifiée de deux manières : par lésion des éléments excitables et par altération de la substance excitante. Ce dernier processus est celui de l'héméralopie. Ainsi expliquée, la torpeur rétinienne échappe aux objections formulées contre la théorie de Förster et donne la raison des particularités suivantes : l'anesthésie oculaire se développe le soir, parce que le pourpre altéré ne réagit plus sous les faibles intensités de lumière diffuse. Une lumière trop vive développe la cécité nocturne ou l'exagère, parce qu'elle détruit le pourpre. L'héméralopie essentielle s'accompagne parfois d'un trouble léger des membranes profondes de l'œil, parce qu'elle relève d'une lésion de la couche pigmentaire. Enfin la vision centrale, par un contraste remarquable, conserve son acuité sans même qu'il soit nécessaire d'un éclairage plus fort que dans l'état normal (Reymond de Turin), parce que *le pourpre n'imbibe que les bâtonnets* (Kühne) et que la *macula*, qui ne renferme que des cônes, ne saurait être directement intéressée par l'altération de cette substance.

Certaines affections fournissent d'ailleurs la contre-épreuve de ce que l'on observe dans l'héméralopie. Dans l'amblyopie alcoolique, par exemple, on peut observer une altération profonde de la vision centrale, au double point de vue de la perception des formes et des couleurs, alors que la sensibilité pour la lumière est normale.

Ces faits pathologiques tendent à établir qu'il y a deux espèces de sensibilité oculaire pour la lumière. La première nous donne une sensation lumineuse diffuse, indépendante de toute perception de couleur et de forme. C'est la sensation de *clarté.* Elle est l'attribut des bâtonnets impressionnés par le pourpre.

La seconde, qui est celle des cônes, nous donne les sensations lumineuses définies qui concourent à la perception des objets, laquelle repose essentiellement sur la propriété de ces éléments de recevoir des impressions lumineuses géométriquement distinctes et de transmettre au sensorium des différences très délicates d'intensité lumineuse et chromatique.

Ces deux espèces de sensibilité se distinguent d'ailleurs, dans le champ visuel, par une

délimitation différente qui correspond précisément à la disposition des bâtonnets et des cônes.

L'indépendance des deux espèces de sensibilité pour la lumière ne doit pas être considérée comme absolue. Elles sont unies par des rapports fonctionnels qu'il est difficile de préciser.

Le pourpre n'a pas dans la vision l'importance qu'on a été tenté de lui attribuer après la découverte de Boll. Il est en rapport avec un mode d'impression particulier de la lumière sur les bâtonnets qui nous donnent la sensation de clarté. Un des résultats de l'imbibition des éléments nerveux par cette substance serait de les rendre plus sensibles aux faibles intensités de lumière diffuse. On conçoit que certains animaux dépourvus de pourpre conservent néanmoins une excellente acuité de la vision. Il est probable, toutefois, qu'ils sont plus ou moins héméralopes. Des expériences que j'ai faites sur des poules et des pigeons, dont les yeux n'ont pas de pourpre, ne laissent guère de doute à cet égard. »

M. Th. du Moncel dépose sur le bureau une note de M. G. Trouvé, sur les applications des moteurs électriques.

« J'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, dans sa séance du 7 juillet 1880, un nouveau moteur électrique, fondé sur l'excentricité des joues de la bobine de Siemens. Par des études successives, qui m'ont permis de réduire le poids de tous les organes du moteur, je suis arrivé à lui faire produire un rendement qui me paraît remarquable.

Un moteur du poids de 5 kilogr. actionné par 6 éléments secondaires de Planté, produisant un travail effectif de 7 kilogr. par seconde, fut placé, le 8 avril dernier, sur un tricycle dont le poids, y compris le cavalier et les piles, s'élevait à 160 kilogr. et l'entraîna à la vitesse de 12 kilom. à l'heure.

Le même moteur, placé le 26 mai sur un bateau de 5 mètres 50 de long sur 1 mètre 20 de large, contenant trois personnes, lui a imprimé une vitesse de 2 mètres 50 en descendant la Seine au Pont Royal et 1 mètre 50 en remontant le fleuve. Le moteur était actionné par deux batteries de piles au bichromate de potasse, de 6 éléments chacune, et le propulseur était une hélice à trois branches.

Le 26 juin je renouvelai l'expérience sur l'eau tranquille du lac supérieur du bois de Boulogne, avec une hélice à quatre branches, de 0 mètre 28 de diamètre et 12 éléments de Bunsen plats, genre Ruhmkorff, chargés avec 1 partie d'acide chlorhydrique, 1 partie d'acide azotique et 2 parties d'eau dans le vase poreux, afin d'atténuer le dégagement des vapeurs hypoazotiques.

La vitesse, au début, mesurée au moyen d'un loch ordinaire, a atteint très exactement 150 mètres en quarante huit secondes, ou un peu plus de 3 mètres par seconde ; mais, au bout de trois heures de fonctionnement, elle était descendue à 150 mètres en cinquante-cinq secondes. Après cinq heures de marche, la vitesse était encore de 2 mètres 30 par seconde ; car les 150 mètres étaient parcourus en soixante-cinq secondes. »

## FORMULAIRE

### Pommade contre l'acné indurata. — Macdonnell.

| | |
|---|---|
| Acide chrysophanique . . . . . . . . . . . | 0 gr 90 centigr. |
| Axonge. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 30 grammes. |

Mêlez. — Le docteur Macdonnell, de Montréal, rapporte un cas rebelle d'acné indurata, qui fut guéri par l'emploi de cette pommade. Il s'agit d'une femme âgée de 53 ans et mère de 6 enfants, chez laquelle on ne constatait ni syphilis, ni troubles de l'utérus. La face avait toujours été couverte de pustules d'acné, mais elles n'étaient indurées que depuis trois ans. Le visage tout entier en était envahi ainsi que les oreilles. La pommade fut d'abord appliquée tous les deux jours, puis tous les jours. La guérison eut lieu dans l'espace de 7 semaines, et depuis plus de six mois, la maladie n'a pas reparu. — N. G.

Les ateliers de l'Imprimerie étant fermés Lundi 15 août (fête de l'ASSOMPTION), l'Union Médicale ne paraîtra pas Mardi 16.

*Conférences cliniques de la Charité.* — M. Landouzy, remplaçant M. Hardy, commencera le 16 août, à la Charité, à 10 heures, ses conférences cliniques et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# BULLETIN

*Académie*, 16 *août* 1881. — Plusieurs communications, courtes et instructives, ont occupé la séance et captivé les vingt-cinq ou vingt-six membres présents. Les journées comme celles-ci, peu mouvementées il est vrai, ne sont pas des moins intéressantes; la variété des lectures et leur brièveté tiennent l'attention en éveil; en somme, l'Académie travaille.

M. Depaul montre à ses collègues un fœtus macéré depuis *cinq mois* dans la cavité utérine; la grossesse a duré *onze mois*, sans aucun des accidents qu'on appelle ordinairement les « signes de la mort du fœtus ».

M. Jules Guérin présente un enfant qu'il a guéri d'un double pied-bot congénital, et qui nous rappelle un autre enfant présenté par lui dans les mêmes conditions en décembre dernier. Guidé par sa théorie musculaire, l'auteur a pratiqué les ténotomies nécessaires pour réduire les subluxations des os du pied, et les a fait suivre des « manipulations quotidiennes » qui sont de rigueur pour maintenir la réduction. M. Depaul, chez qui la voix de M. J. Guérin semble toujours provoquer des actions réflexes irrésistibles, demande à voir les pieds nus; on déshabille le sujet. Au demeurant, nouveau succès pour M. Jules Guérin, sa méthode et peut-être sa théorie.

Mardi dernier, on avait parlé cuisine, à propos des températures centrales de la viande; aujourd'hui, c'est la pâtisserie qui occupe la tribune avec M. Delthil. Il existe, paraît-il, des familles entières chez lesquelles le gâteau dit de Saint-Honoré a exercé des ravages comparables à ceux de l'émétique. Il ne s'agit ni de l'antique vert-de-gris, ni des ptomaïnes de renommée plus nouvelle; voici l'explication : les pâtissiers, pour faire la crême, battent les œufs en neige dans une bassine de cuivre, avec de l'alun. Celui-ci se décompose au contact du cuivre, et donne un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque très soluble, auteur de tous les méfaits. De là une sortie vigoureuse contre l'alun, qui sert d'agent de sophistication aux boulangers, etc. N'est-on pas effrayé à la pensée des adultérations de jour en jour plus nombreuses qui, entre les mains de fournisseurs sans bonne foi, mettent sans cesse nos estomacs en péril?

La fin de la séance est occupée par une lecture de M. Briquet sur l'*hystérie*. M. Jules Guérin n'est pas le seul qui se souvienne de ses jeunes années, et qui donne aux générations nouvelles l'exemple d'une verte vieillesse.

— Nous sommes heureux de voir notre excellent confrère, A. Chevallereau, plaider dans la *France médicale* du 11 août la cause plaidée par l'*Union médicale*. Parlant de la lecture du procès-verbal et du dépouillement de la correspondance à l'Académie : « Ces deux opérations, dit-il, prennent beaucoup de temps, d'une manière parfaitement inutile, et la routine est sans doute la seule raison qui empêche de les supprimer. » Le mot *routine* est d'un homme courageux; mais je ne crois pas qu'il soit « plus simple d'ouvrir la séance vingt minutes plus tard ». Ne serait-ce pas du temps perdu? Et ne vaudrait-il pas mieux donner la parole aux confrères qui viennent tous les jours, bocal ou manuscrit à la main, et qui, depuis des semaines et des mois, ont sur les lèvres des sujets pleins d'actualité?

— Je ne suis plus de votre avis quand vous affirmez, dans la *France médicale* du 13 août, que, sur les faits de *tuberculose vaccinale* communiqués à l'Académie des sciences par M. Toussaint, j'abandonne la loi d'obligation, et suis près d'abandonner la vaccine elle-même. Cher confrère, il y a dans ma prose une nuance que vous n'avez pas saisie. Vous pensez que j'ai voulu dire : « Si les faits de M. Toussaint se confirment, la vaccine étant reconnue coupable de tels méfaits, il ne s'agit plus de la rendre obligatoire, nous demandons même une loi qui la prohibe. » Et sur ce dernier mot vous m'accusez de réagir à l'excès, d' « osciller avant de reprendre mon équilibre ». Vous n'avez pas vu que je raisonnais *per absurdum*. J'ai voulu dire au contraire : « Si les faits de M. Toussaint se confirment, il est bien

entendu que *la vaccine* est innocente de pareils méfaits, c'est le *modus faciendi* qui est la cause du mal. Les expériences de M. Toussaint ne prouvent rien de plus contre le vaccin de génisse, que la syphilis inoculée contre le vaccin d'enfant. Il faut *choisir les vaccinifères.* » Rendriez-vous, par hasard, la vaccine responsable des inoculations syphilitiques? Je vous crois « beaucoup trop instruit pour songer à le faire ». Ne l'accusez donc pas des inoculations tuberculeuses.

J'ai mentionné les expériences récentes parce qu'elles semblent enlever aux partisans du vaccin animal un argument puissant, la sûreté avec laquelle il nous préservait des contagions malheureuses. Mais confirmez d'abord les faits de M. Toussaint, car ils nous font penser à la précipitation avec laquelle les savants d'aujourd'hui consentent à publier des observations rudimentaires. C'est une fièvre qui dévore les physiologistes et envahit les Sociétés; un lapin ne peut plus mourir, un cobaye ne peut plus se convulser sans que l'Institut lui-même enregistre l'évènement.

Il y avait une fois deux jeunes physiologistes et un professeur de pathologie interne, groupés dans un laboratoire autour d'une grenouille expirante. On avait injecté une substance nouvelle, pour en étudier l'action. La grenouille se contracte à plusieurs reprises : « C'est un poison tétanique », s'écrie l'un des jeunes gens. Elle se relâche et reste immobile : « C'est un paralysant », dit l'autre. — « Elle est morte, remarque le professeur; aux convulsions, qui étaient celles de l'agonie, a succédé l'immobilité dernière. »

Ne pensez-vous pas que ce professeur plein de sagesse a écrasé dans l'œuf une double communication à la Société de biologie? Son opinion est sans doute que chaque observateur devrait songer un peu moins à devancer les autres, un peu plus à mûrir ses travaux. La science se fait au jour le jour, mais elle s'annonce avec réserve. — L.-G. R.

# PATHOLOGIE

## DU COEUR CACHECTIQUE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 24 juin 1881,

Par M. Du Castel, médecin du Bureau central des hôpitaux.

Messieurs, dans un travail publié l'an dernier dans le numéro de janvier des *Archives générales de médecine*, et ayant pour titre : *Recherches sur l'hypertrophie et la dilatation des ventricules du cœur*, j'écrivais : « L'influence des cachexies sur le poids et la capacité des ventricules est difficile à établir : l'atrophie du cœur, qui paraît les accompagner dans un certain nombre de cas, n'acquiert jamais des proportions aussi considérables que celles qu'il est habituel d'observer dans les différentes hypertrophies : aussi, en présence d'un cœur petit, est-il souvent embarrassant de décider si l'on a affaire à un cœur naturellement peu développé ou à un cœur pathologiquement petit et atrophié.

La diminution de capacité, qui existe peut-être aussi dans certaines cachexies à longue durée, n'est pas moins difficile à affirmer, à cause du peu de développement que peuvent présenter des cavités cardiaques normales. »

Des recherches plus récentes m'ont conduit à des notions plus détaillées sur les modifications que les cachexies impriment au cœur, et ce sont ces notions que je demande la permission d'exposer à la Société.

Le procédé d'étude, que j'avais employé pour mon premier travail, était le cubage des ventricules et le pesage séparé de chacun d'eux; une partie des faits que je vais rapporter à la Société m'a été révélée par un autre procédé, l'injection des cavités cardiaques, injection que j'ai pratiquée dans le but d'étudier les différentes modifications que les différents états pathologiques peuvent apporter à la forme du cœur.

Mais avant d'étudier le cœur cachectique, je crois utile de rappeler en quelques

mots les données auxquelles mes premières recherches m'avaient conduit sur la disposition du cœur normal et sur l'influence que l'âge exerce sur le poids et la capacité du cœur.

Le *poids* du cœur augmente avec l'âge, et cette hypertrophie, qu'on pourrait appeler physiologique, présente ceci de particulier, qui la distingue des hypertrophies pathologiques, qu'elle porte à peu près également sur l'un et l'autre ventricule, de telle sorte que le rapport de l'un à l'autre reste à peu près constant à tous les âges, et que le gauche pèse toujours près de deux fois et demie autant que le droit à l'état normal.

Le poids moyen, indiqué par le professeur Bouillaud (250-280 grammes) correspond au poids le plus habituel du cœur *chez l'adulte;* mais, chez les personnes ayant dépassé l'âge de 50 ans, il est fréquent de voir le cœur normal peser plus de 300 grammes.

La *capacité* des ventricules, à l'état sain, est tellement variable qu'il paraît à peu près impossible de fixer une capacité normale du cœur. Tout ce qu'il semble permis de dire, c'est que la capacité du ventricule droit est, *chez l'adulte*, plus considérable que celle du ventricule gauche, sans qu'il existe entre l'une et l'autre de proportion constante.

Cette prédominance du ventricule droit tend à s'effacer avec les progrès de l'âge, la capacité du cœur gauche se rapprochant progressivement de plus en plus de celle du cœur droit qu'elle peut égaler et même dépasser chez le vieillard. Le cœur des sujets avancés en âge est un cœur à cavités larges; mais c'est surtout un cœur à cavité gauche très développée.

Cette influence de l'âge sur l'augmentation du volume du cœur me paraît ressortir nettement de la comparaison de quelques cœurs normaux injectés que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

Les deux plus petits ont été recueillis sur des sujets âgés de 16 et 25 ans, morts tous deux de fièvre typhoïde. Les deux plus volumineux proviennent de sujets âgés de 57 et 70 ans : le premier a succombé aux suites d'une myélite transverse; le second a été enlevé en quelques heures par une hémorrhagie cérébrale.

Tous présentent la forme nettement conique, la pointe effilée du cœur normal; mais le volume des derniers (ceux des sujets âgés) est infiniment plus considérable que celui des premiers (ceux des sujets jeunes), ce qui est le résultat de l'hypertrophie et de la dilatation séniles physiologiques.

Je relèverai aussi deux faits dans la conformation extérieure de ces cœurs : chez les sujets âgés, le ventricule gauche occupe une grande partie de la face antérieure du cœur; ce développement du cœur gauche tient à sa dilatation : chez les jeunes sujets, le cœur gauche n'occupe qu'une petite partie de la face antérieure, mais l'infundibulum de l'artère pulmonaire fait une saillie considérable à la partie antérieure. Cette saillie de l'infundibulum s'observe en général sur les cœurs dont les cavités droites sont spacieuses relativement aux gauches; elle signifie habituellement prédominance de la capacité du ventricule droit sur la capacité du ventricule gauche; elle concorde ici avec la prédominance du ventricule droit sur le ventricule gauche chez les jeunes sujets. Dans les deux cœurs de sujets âgés, dont la capacité du cœur gauche est relativement grande, cette saillie de l'infundibulum n'existe pas.

Ces notions sur l'influence que l'âge peut exercer sur le poids, la capacité et la conformation extérieure du cœur, vont nous permettre de bien comprendre les modifications que la cachexie a pu imprimer aux cœurs que nous allons maintenant étudier.

Voici d'abord trois cœurs recueillis sur des sujets morts de cancer de l'estomac à l'âge de 56, 57 et 70 ans : ils sont, les deux premiers surtout, remarquablement petits; leur petitesse indique l'atrophie du cœur sous l'influence de la cachexie, et elle est d'autant plus remarquable, d'autant plus significative, qu'ils ont été

recueillis sur des sujets arrivés à un âge où le volume du cœur est habituellement considérable. Mais étudions l'altération dans ses détails.

Je n'insisterai pas sur la disparition, ou tout au moins la diminution considérable de la surcharge graisseuse habituelle chez les sujets avancés en âge; je n'insisterai pas non plus sur la diminution de la masse musculaire, qui est devenue tout à fait insignifiante, quand on la compare à celle des cœurs normaux que je présentais tout à l'heure.

Le fait que je veux mettre en relief, c'est la diminution considérable de la capacité des ventricules du cœur, de celle du ventricule gauche principalement. Dans les observations 4, 12, 35, rapportées dans le mémoire que j'ai publié dans les *Archives de médecine*, la capacité du cœur gauche était tombée à 12 et 13 centimètres cubes, bien que les sujets fussent arrivés à un âge où, comme je l'ai montré, les cavités gauches sont habituellement spacieuses. Après l'injection des cœurs que je présente, la distension des cavités m'avait paru tellement petite que je n'ai pu résister au désir d'ouvrir le cœur pour m'assurer que l'injection avait bien pénétré; on peut, par cette ouverture, voir jusqu'à quel point les ventricules sont revenus sur eux-mêmes. C'est dans des cas semblables qu'on rencontre des cavités tellement petites que c'est à peine si l'extrémité du petit doigt peut y pénétrer.

Cette diminution de capacité paraît moins accentuée dans le ventricule droit que dans le ventricule gauche. Dans les observations 12 et 42 de mon mémoire, les capacités doites étaient sensiblement supérieures aux capacités gauches, bien qu'il s'agît de sujets arrivés à un âge où le ventricule gauche est ordinairement aussi spacieux, si ce n'est plus spacieux que le ventricule droit. Je ne mentionne pas ici l'observation 4, où la capacité du ventricule droit était quatre fois plus grande que celle du gauche; cette disproportion paraît due à l'existence de lésions pulmonaires anciennes (adhérences pleurales) ayant occasionné la dilatation de ce ventricule.

Du reste, sur ces cœurs cachectiques injectés, on peut constater la saillie de l'infundibulum que je disais caractériser la prédominance de la capacité droite sur la capacité gauche.

La rétraction des cavités amène une diminution très prononcée de la hauteur des ventricules.

La rétraction est beaucoup moins prononcée dans les oreillettes que dans les ventricules : celles-ci peuvent conserver un volume presque normal, alors que ceux-ci, rétractés et atrophiés, sont devenus beaucoup moins volumineux qu'elles; elles constituent en pareil cas la plus grande partie de la masse du cœur et débordent les ventricules de tous côtés en formant au-dessus d'eux un chapiteau, qui donne à l'organe une forme particulière comparable en quelque point à celle d'un gland, dont les oreillettes formeraient la cupule et les ventricules la graine.

La rétraction des cavités cardiaques se rattache évidemment à la diminution de la masse du sang, et le retrait inégal des oreillettes et des ventricules vient de ce que ceux-ci suivent les modifications pathologiques du système artériel; celles-là, les modifications du système veineux.

Les faits que je viens d'exposer sur des cœurs cancéreux peuvent aussi s'observer sur cet autre cœur recueilli chez un phthisique : les ventricules, surtout le gauche, sont peu volumineux; l'infundibulum de l'artère pulmonaire est très accusé; les oreillettes, relativement volumineuses, forment, au-dessus et en dehors des ventricules, une saillie très prononcée.

En résumé, le cœur cachectique se caractérise par la disparition de la surcharge graisseuse; par la diminution du volume total : celle-ci est la conséquence de la diminution de la masse musculaire d'une part, de la rétraction des cavités d'autre part.

La rétraction est beaucoup plus prononcée pour le ventricule gauche que pour le droit; elle est moindre dans les oreillettes que dans les ventricules, d'où une forme particulière du cœur.

Telles sont, Messieurs, les modifications, ou plutôt les additions que j'ai cru devoir apporter à ce que j'écrivais l'an dernier sur le cœur cachectique dans ce travail que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société.

## Congrès médical international

Londres, 10 août 1881.

Mon cher rédacteur en chef,

Le Congrès est terminé. Bien que le programme en fût très chargé, je crois que personne ne regrettera le temps passé à Londres, parce que ce temps a été aussi bien employé que possible. Cela ne vous étonnera certainement pas, car mieux que moi vous savez que les Anglais sont passés maîtres dans l'art d'utiliser leur temps et que ce n'est pas pour rien qu'ils ont créé le proverbe : *Times is money*. Or nos éminents confrères de Londres avaient arrêté le programme des travaux et des récréations de façon à ne jamais laisser les congressistes exposés aux atteintes du *spleen*, en mêlant à doses convenables *utile dulci*. Ont-ils atteint leur but? Je n'hésite pas à répondre oui, et je crois que l'immense majorité du Congrès sera avec moi. Le côté *dulci* était même si chargé qu'il fallut faire plus d'une fois appel à la raison pour le délaisser au profit du côté *utile*.

Tous les jours, sauf le dimanche, où il est défendu de rien faire de profane à Londres, il y eut réunion dans les sections, de dix heures à une heure. De une heure et demie à trois heures et demie, on avait le choix entre les visites dans les hôpitaux, dans les musées, ou de nouvelles réunions de sections. A quatre heures, une réunion générale avait lieu pour l'audition d'un discours sur une question proposée et préparée plusieurs mois d'avance. Tous furent extrêmement intéressants. Je vous ai déjà parlé de ceux de Virchow et de Maurice Raynaud, et même vos lecteurs ont pu apprécier celui de notre infortuné compatriote, inséré dans le numéro de l'UNION de mardi dernier 9 août. Le vendredi 5 août, M. le docteur Billings, bibliothécaire à Washington, et déjà très avantageusement connu comme directeur de deux publications sans rivales, l'*Index Medicus* et l'*Index-Catalogue*, a prononcé un discours très humoristique sur « *Notre littérature médicale* ». Je pense le traduire en français et vous proposer de l'insérer en feuilleton; je suis persuadé qu'on le lira avec plaisir.

Le lundi 8 août, M. le professeur Wolkmann, de Halle, parla *Sur la chirurgie moderne*, et le mardi, M. le professeur Huxley, *Sur les rapports qui existent entre la science biologique et la médecine*.

Tous ces discours étant des aperçus généraux sur les sujets qu'ils traitent, ne sont guère susceptibles d'être analysés. Ils seront publiés bientôt par les journaux de médecine anglais, dans lesquels ceux qui lisent cette langue pourront les trouver.

Tel a été, d'une manière générale, l'ordre suivi dans les travaux du Congrès. Vous voyez qu'une bonne partie de la journée y a été employée. Quant aux récréations, voici en quoi elles consistaient.

Tous les jours, entre les séances du matin et celles de l'après-midi, un certain nombre de membres allaient *luncher* (déjeuner) chez un de leurs confrères de Londres. L'hospitalité anglaise a été si largement offerte à cette occasion, qu'elle n'a plus rien à envier dans l'esprit de ceux qui en ont été l'objet à la légendaire hospitalité écossaise. On nous a cité entre autres deux oculistes de Londres qui ont tenu table ouverte pendant toute la durée du Congrès pour les membres de leur section; et ceux-ci allaient ou auraient pu aller luncher alternativement chez M. B... ou chez M. C..., sans se croire coupables de la moindre *indiscrétion*. Le soir, même cérémonie pour le dîner, et les congressistes (je parle des haut placés), avaient souvent trois ou quatre invitations pour le même jour, ce dont ils étaient bien en peine. J'en sais qui se sont tirés d'embarras en les refusant toutes sous un prétexte quelconque, au grand bénéfice de leur estomac.

Parmi les grands dîners officiels, nous citerons celui de M. Gull, médecin de la reine, offert à une centaine de membres les plus en renom du Congrès, et auquel prirent part le prince de Galles et le Prince Impérial d'Allemagne, et celui du lord Maire, offert à la même catégorie d'invités et à quelques membres de la presse. De nombreux toasts y ont été portés. C'est M. le professeur Trélat qui a pris la parole au banquet du lord Maire au nom de ses collègues français. Il paraît qu'il n'a pas été inférieur à sa réputation d'orateur, et cela nous dispense d'en dire davantage.

Les réunions d'après-dîner étaient de beaucoup les plus intéressantes de toutes, au point de vue récréatif. Les grands musées, dont on avait fait de magnifiques salles de réception, éclairées *à giorno* par l'électricité, offraient un coup-d'œil féérique. La première soirée fut

donnée à *South Kensington Museum*, destiné à recevoir les objets d'art antique de tous les pays du monde, par les membres anglais du Congrès aux membres étrangers ; la seconde (qui, par parenthèse, n'a pas coûté moins de 55,000 francs), à l'hôtel de ville, par le lord Maire, et la corporation de la cité de Londres ; la troisième, par le comte Granville, ministre des affaires étrangères, et la dernière par le College royal des chirurgiens, dans ses salles magnifiques, affectées aux examens et au musée Hunter, un des plus beaux de Londres.

Plusieurs excursions avaient aussi été organisées par de généreux particuliers, pour la plus grande joie des congressistes, à Croydon, à Folkestone, à Hampton Court, palais royal où se trouvent de magnifiques tableaux, dont plusieurs d'Holbein, très bien conservés; à Richmond, aux jardins de Kew, aux Docks, à Brighton, etc. Des fêtes champêtres ont été données à Fairlawn, par M. et M^me^ Saunders; à Normansfield, par M. et M^me^ Langdon Down; à Golder's Hill, par M. et M^me^ Spencer Wells; à Boxhill, par sir et lady Trevor Lawrence, etc. En outre, un grand nombre de musées publics et privés avaient été ouverts aux membres du Congrès, qui y étaient admis sur la simple présentation de leur carte.

Cette partie du Congrès s'est terminée par un dîner général au Palais de Cristal, le mardi 9 août, à 7 heures du soir. Deux mille membres environ y assistaient. Peu de toasts. Il faut dire, d'ailleurs, que la mode des toasts se perd en Angleterre, où elle était si en faveur il y a encore quelques années. Dans les dîners particuliers, les toasts ont même complètement disparu; à tel point que M. Lister, à la fin d'un de ses dîners congressistes, auquel assistait M. Pasteur, commença ainsi : « Messieurs, ce n'est plus la mode chez nous de discourir à la fin d'un dîner; mais comme nous n'avons pas l'habitude non plus d'avoir tous les jours à notre table des hôtes aussi éminents que M. Pasteur, je crois pouvoir rompre avec notre nouvelle coutume et vous prier de boire à la santé de notre illustre collègue..... »

Après le dîner du *Cristal Palace*, pris avec accompagnement de musique militaire, on fit jouer les eaux et on tira un feu d'artifice. Si blasés que soient les Français en général, et les Parisiens en particulier, sur les fêtes populaires, terminées invariablement par un feu d'artifice, nous devons avouer que celle du Palais de Cristal était tout à fait originale par sa combinaison d'eaux jouantes et de feux de Bengale multicolores. En outre, la pièce principale était constituée par le portrait de trois grandes personnalités médicales : MM. Charcot, James Paget et Langenbeck. Leurs têtes, dessinées à grands traits de feux brillants, étaient fort remarquables. Le profil napoléonien de notre illustre compatriote était particulièrement bien réussi.

Si par hasard, après cette description écourtée des fêtes qui nous ont été données, vous étiez tenté de croire que nous n'avons pas eu le temps de travailler, je pourrais vous rassurer au moyen de quelques chiffres empruntés au *Times* : « Le nombre total des membres qui ont pris part au Congrès est de 3,210 (on n'a jamais approché que de fort loin ce chiffre aux Congrès précédents); il y eut en tout 119 séances de sections, dans lesquelles on fit 464 communications écrites et 360 communications orales. » N'avais-je pas raison de vous dire qu'il avait fallu que le temps fût bien distribué pour qu'on pût l'utiliser fructueusement? Aussi j'espère que vous ne m'obligerez pas à un compte rendu détaillé de nos travaux et que vous voudrez bien vous contenter d'un aperçu général des questions qui ont été agitées et plus ou moins résolues.

La séance générale de clôture a été marquée par deux incidents dignes d'être notés.

La section de physiologie avait émis un vœu, motivé par l'opposition faite dans certains pays contre les expériences pratiquées sur les animaux vivants, et dont je vous ai entretenu dans une lettre précédente. Ce vœu, communiqué à la dernière séance générale par le président du Congrès, sir James Paget, était ainsi conçu : « Le Congrès exprime sa conviction que les expériences sur les animaux vivants ont rendu les plus grands services à la médecine, et qu'elles sont indispensables à ses progrès futurs. D'autre part, tout en proclamant bien haut qu'il faut s'abstenir de faire subir aux animaux des souffrances inutiles, le Congrès est d'avis que, aussi bien dans l'intérêt de l'homme que des animaux, il n'est pas désirable de soumettre les personnes compétentes à un contrôle quelconque dans l'accomplissement de leurs expériences. » On comprend difficilement, en France, qu'on soit obligé d'en arriver à une pareille extrémité en Angleterre, mais quand on connaît l'importance qu'ont acquise dans ce pays les Sociétés protectrices des animaux, on ne s'en étonne plus. Il était donc nécessaire de parler de haut dans ce sens pour combattre l'opinion des Anglais, si hostile aux physiologistes, et la voix de sir James Paget a été écoutée, car personne ne s'est élevé contre le vœu de la section de physiologie, qui a été adopté à l'unanimité.

Une autre proposition, d'une utilité pratique plus directe, a encore été faite. La section d'ophthalmologie, après avoir étudié et discuté la question de la cécité des couleurs chez les employés des chemins de fer, des paquebots, etc., a demandé que l'attention des gouvernements fût attirée sur cette question. Sir James Paget fit remarquer que le vœu de la section

d'ophthalmologie devrait être soumis, suivant les formes, à une commission, puis remis au comité exécutif du Congrès. Mais la section désirait que sa résolution fût adoptée comme acte du Congrès, afin qu'elle pût être transmise par le secrétaire général au président du Conseil du commerce, au premier lord de l'amirauté et au secrétaire d'État des affaires étrangères, avec l'expression du désir du Congrès qu'elle fût favorablement reçue, et si le Congrès l'approuvait, qu'on recommandât aux gouvernements étrangers de l'adopter. La proposition faite par la section d'ophthalmologie fut accueillie par d'unanimes acclamations.

Sur la motion de M. Bowman, appuyée par M. Lister, des médailles d'honneur furent décernées au président du Congrès précédent, le professeur Donders, d'Utrecht; au secrétaire général, le docteur Guye, d'Amsterdam; et aux auteurs des adresses générales du présent Congrès : le docteur Féréol, de Paris; docteur Billings, de Washington; professeur Wolkmann, de Halle; professeur Huxley, de Londres, et professeur Virchow, de Berlin.

On ne sait encore où aura lieu le prochain Congrès médical international. Le roi d'Espagne a invité le Congrès à se réunir dans ce pays; mais un grand nombre de membres désiraient qu'on choisît une des capitales scandinaves. Le Comité exécutif du Congrès résoudra la question après mûr examen.

J'ai, comme beaucoup d'autres, visité les hôpitaux de Londres, mais trop rapidement pour pouvoir vous en parler en connaissance de cause. Deux d'entre eux méritent cependant une mention particulière pour des circonstances que vous allez comprendre. Le premier est un asile consacré aux jeunes aliénés, construit et administré actuellement sous la direction du docteur Langdon Down, à Normansfield, à quelques lieues de Londres. Quand je dis « consacré aux jeunes aliénés », notez bien qu'il ne s'agit pas de tous les jeunes idiots de l'Angleterre, mais seulement de ceux des classes riches, car l'établissement est dû à l'initiative privée du docteur Down, et monté sur un pied qui a dû nécessiter de grands frais, et qui, par suite, exige une assez forte rémunération. Salles de récréation, réfectoires, dortoirs, surveillants des deux sexes, parc et jardin immenses, tout y est luxueux. Le docteur Down, très instruit sur tout ce qui concerne les maladies mentales, s'est proposé de guérir ses pensionnaires, et il y a parfois réussi; son traitement consiste surtout dans tout ce qui peut agir sur le cerveau : peu de médicaments, pas de moyens coercitifs, sauf les cas exceptionnels; promenades en plein air, vie en commun, etc. Il a même fait installer dans son établissement une fort jolie salle de théâtre, où des acteurs de Londres viennent de temps en temps agir sur l'imagination de leurs jeunes auditeurs. La *rampe* est garnie de verres de couleur destinés à changer de temps en temps l'aspect de la salle et à frapper ainsi plus vivement l'esprit des malades. Nous ne connaissons rien de pareil en France, mais nous croyons aussi que les enfants de nos classes riches ne fourniraient pas assez de pensionnaires pour alimenter un établissement du genre de celui du docteur Down. Réjouissons-nous donc de cette lacune dans nos asiles d'aliénés.

L'autre hôpital forme un contraste, affligeant pour nous, avec le précédent : il s'agit de l'hôpital Français de Londres. Cet établissement de bienfaisance a été commencé, en 1861, par la création d'un simple dispensaire où l'on donnait des consultations aux malades externes. En 1867, grâce à de généreuses donations et au zèle infatigable du docteur Vintras, on fonda un petit hôpital où furent reçus des malades internes. Cet hôpital, agrandi en 1878, fut installé dans un hôtel loué à cet effet, et dont on conserva la disposition, de sorte que toutes les chambres forment autant de petites salles où sont réunies 2, 3, 4, 5 personnes au plus. C'est modeste, mais propre et confortable, et surtout ça ne ressemble pas à un hôpital. D'autre part, l'esprit de charité qui anime les administrateurs est tel, que rien n'humilie celui qui vient frapper à sa porte. On n'est pas obligé de donner son nom; il suffit de parler français et d'être malheureux pour être admis. Aussi beaucoup de nos compatriotes, réfugiés à Londres pendant la dernière guerre, ont-ils été heureux, après avoir épuisé leurs dernières ressources, de venir faire appel à la caisse ou aux lits de l'hôpital Français, en donnant un nom quelconque pour la régularité des écritures; et chaque jour bien des ouvriers sans ouvrage font la même chose en attendant des jours meilleurs. Le médecin en chef est le modeste et bon docteur Vintras, dont je ne parlerai que pour répéter une phrase que j'ai entendu dire et qui le résume tout entier : « C'est l'ami de tous les Français de Londres, et c'est le bon génie de notre hôpital depuis sa fondation. »

Les ressources consistent en dons et souscriptions qui, en 1880, se montaient à 70,000 fr. environ. Parmi les donateurs nous sommes heureux de voir les noms de personnages politiques appartenant à tous les partis, tous les ambassadeurs français qui se sont succédé à Londres, et la plupart des ambassadeurs étrangers, les princes des familles royales d'Angleterre et de France, les chefs de nos grandes maisons de commerce, etc. J'emprunte à une notice sur l'hôpital les renseignements suivants :

« Les employés payés se composent de : un médecin résidant, un infirmier, un portier, et

neuf sœurs de charité... C'est à elles que le travail principal incombe, et elles s'en acquittent non-seulement avec zèle et diligence, mais en font pour ainsi dire un devoir religieux, sans aucune ambition pour les biens de ce monde. On obtient ainsi un résultat efficace et économique, et toute la maison est tenue par elles avec un ordre et une propreté irréprochables.

Notre hôpital, quoique français de nom, continue à être cosmopolite en réalité, et il ouvre ses portes à tous les étrangers. Le nombre des malades admis l'an passé s'est élevé à 7,316 externes et 285 internes, de vingt-deux pays différents, comme on le verra dans le tableau suivant auquel nous avons ajouté, à titre de nouveau renseignement, le coût individuel de chaque nationalité :

| | Externes. | Internes. | Liv. | S. | |
|---|---|---|---|---|---|
| Français et Algériens | 3,085 | 145 | 1,397 | 14 | 11 |
| Italiens | 1,257 | 40 | 261 | 7 | 8 |
| Suisses | 589 | 25 | 329 | 6 | 2 |
| Belges | 506 | 20 | 185 | 19 | 8 |
| Anglais, Ecossais et Irlandais | 937 | 17 | 230 | 13 | 3 |
| Allemands, Alsaciens et Austro-Hongrois | 571 | 20 | 132 | 4 | 10 |
| Russes, Polonais et Hollandais | 178 | 9 | 66 | 14 | 11 |
| Suédois, Norvégiens et Danois | 82 | 1 | 23 | 2 | 6 |
| Espagnols et Portugais | 64 | 5 | 46 | 18 | 0 |
| Turcs, Egyptiens, Grecs, Syriens et Roumains. | 29 | 3 | 13 | 6 | 2 |
| Américains | 18 | 0 | | 9 | 0 |
| Total | 7,316 | 285 | 2,687 | 17 | |

Le coût de chaque malade interne est calculé dans le tableau qui précède au taux de 6 s. 3 1/2 (8 fr. environ) par jour, et celui de chaque malade externe à 60 centimes par consultation. Quelques-uns de ces chiffres pourront paraître hors de proportion avec celui des malades, mais cela s'explique par le fait que les uns restent à l'hôpital beaucoup plus longtemps que les autres.

Les 285 malades internes se composaient de 186 hommes, 62 femmes et 27 enfants, dont 17 en bas-âge. Il y a eu, à la maternité, 12 naissances, 5 garçons et 7 filles. Les décès se sont montés à 32 : 20 hommes, 7 femmes et 5 enfants; 169 malades ont quitté l'hôpital complètement guéris, et 69 en état de convalescence. Il en restait 16 en traitement le 31 décembre.

Les consultations externes de 1880 ont dépassé de 955 le chiffre de celles de 1879. »

M. le docteur Vintras est secondé dans ses soins médicaux par MM. le docteur W. Mac Cormac, chirurgien consultant, secrétaire général du Congrès actuel, Colomiati-Meredyth, médecin accoucheur, Mac Kellar et de Méric, chirurgiens, Higgens, oculiste, Hockley, dentiste, Busby, médecin résidant, et Jozeau, pharmacien.

L'hôpital Français de Londres a été visité pendant le Congrès par la plupart de nos confrères, qui, avec des secours pécuniaires, ont adressé aux médecins dont nous venons de donner les noms, leurs plus sincères félicitations sur la manière dont ce modeste et pourtant si utile établissement de bienfaisance est administré par eux. Nous sommes heureux pour notre part de faire connaître dans ce journal les services qu'ils ont rendus et rendent encore chaque jour à nos compatriotes malades à Londres. Nous savons que leur plus cher désir est de pouvoir faire construire un édifice plus grand et mieux aménagé, où ils seraient tout à fait chez eux; ce désir est si naturel qu'il serait à souhaiter qu'il parvînt à notre gouvernement, et que la France eût à Londres un établissement pareil à celui que la colonie anglaise de Paris possède dans cette ville.

L.-H. PETIT.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

La correspondance non officielle comprend une série de lettres de remerciements adressées par divers lauréats de l'Académie.

M. Léon COLIN (du Val-de-Grâce) présente, au nom de M. le docteur Sormani (de Pavie), un volume intitulé : *La géographie nosologique de l'Italie.*

M. TILLAUX présente, au nom de M. le docteur Périer, deux observations manuscrites de taille sus-pubienne pratiquée suivant un nouveau procédé. (Com. MM. Gosselin, Guyon, Tillaux.)

M. Depaul présente une pièce pathologique constituée par un fœtus expulsé en entier avec les membranes non rompues, après une grossesse qui a duré dix mois et demi à onze mois, le fœtus étant mort dans le sein maternel à cinq mois et demi. Voici la relation de cette très intéressante observation :

Le 23 juin entrait dans le service de M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques, une jeune femme de 22 ans, se portant à merveille, réglée pour la première fois à l'âge de 11 ans, ayant eu à 16 ans une première grossesse terminée par un accouchement à terme, réglée, depuis lors, tous les mois abondamment. Les dernières règles remontaient au 8 septembre de l'année précédente; la menstruation s'était ensuite supprimée par une cause que la femme attribuait à une grossesse maintenant arrivée à son terme. En l'examinant, M. Depaul constata qu'elle était syphilitique, ce que, du reste, la femme ne chercha pas à nier, ajoutant qu'elle était devenue malade avant cette dernière grossesse; qu'elle était entrée dans un hôpital pour s'y faire soigner de cette maladie, mais qu'elle en était sortie après y avoir fait un traitement incomplet. Elle avait senti remuer pour la première fois dans les premiers jours de mars; puis, vers la fin de ce mois, les mouvements avaient cessé. Le lendemain ou le surlendemain du jour où elle avait cessé de sentir remuer, elle avait éprouvé les phénomènes de la *montée du lait,* les seins étaient devenus gros et durs, et du lait s'était écoulé par les mamelons.

En palpant les parois abdominales, M. Depaul fut frappé de la forme et des caractères particuliers que présentait la matrice. En admettant que cette femme, réglée pour la dernière fois le 8 septembre, fût devenue enceinte vers le 20 ou 25 du même mois, elle était, au 23 juin, jour de son entrée, au terme de sa grossesse. Cependant l'utérus n'avait pas la forme globuleuse et ne donnait pas la sensation d'élasticité molle que donne la tumeur à parois épaisses constituée par l'utérus développé par le produit de la conception à cette période de son développement. On avait plutôt la sensation d'une masse compacte et comme aplatie. M. Depaul en conclut que, si la femme était réellement enceinte, il y avait peu de liquide dans les membranes et que le fœtus avait subi des modifications particulières. Au toucher, le col de l'utérus présentait les signes qu'il offre au quatrième ou cinquième mois de la grossesse. En combinant le toucher vaginal avec le palper abdominal, on sentait que c'était bien la matrice que l'on tenait entre les deux mains. En somme, on avait, dans ce cas, les symptômes généraux qui caractérisent la grossesse, mais la tumeur utérine ne présentait pas ses caractères habituels.

Par l'auscultation, on ne constatait ni les bruits du cœur fœtal, ni aucune espèce de souffle.

M. Depaul n'hésita pas néanmoins à diagnostiquer une grossesse, avec développement de l'utérus comme à cinq mois ou cinq mois et demi, et modifications particulières subies par le fœtus.

Cette femme est accouchée le 14 août, et l'accouchement n'a rien présenté de particulier. En deux ou trois heures a eu lieu l'expulsion du fœtus, mort et enveloppé des membranes intactes, et ne présentant aucun signe de putréfaction, bien qu'il ait séjourné pendant plus de cinq mois, après sa mort, dans la cavité utérine.

C'est la première fois que M. Depaul voit une grossesse durer de dix à onze mois, et un fœtus, mort au cinquième mois de la grossesse, n'être expulsé que cinq ou six mois après sa mort. Cette observation est, en outre, un fait de plus à ajouter aux faits nombreux qui prouvent qu'un fœtus mort dans la cavité utérine, les membranes restant intactes, peut y séjourner pendant plusieurs mois, sans le moindre danger pour la mère. M. Depaul montre le fœtus modifié par la macération, mais n'exhalant pas la moindre odeur de putréfaction, bien qu'il soit depuis vingt-quatre heures en contact avec l'eau et l'air.

La mère n'a présenté ni pendant sa grossesse, ni depuis son accouchement le moindre symptôme morbide. Elle s'est toujours parfaitement bien portée, et cet état de santé parfaite persiste encore à l'heure qu'il est.

M. Tarnier dit qu'il n'a jamais eu occasion de voir des grossesses de plus de neuf mois; mais il a vu des grossesses qui ont duré encore trois mois après la mort du fœtus. Jamais, d'ailleurs, la mère n'a présenté de symptômes morbides, ce qui prouve que le séjour même prolongé de fœtus macérés mais non putréfiés dans le sein maternel est inoffensif pour les mères. M. Tarnier a fait des expériences avec le sang de ces fœtus; il a injecté ce sang à des lapins et n'a déterminé chez ces animaux aucun accident de septicité.

—

M. Jules Guérin présente un enfant qui était atteint d'un *pied bot varus équin* prononcé du côté gauche, et d'un *pied bot planto-valgus* du côté droit; chacune de ces variétée, en rapport avec la rétraction des muscles et tendons qui l'a produite, le varus équin, avec la rétraction des jumeaux et soléaire, jambier antérieur, jambier postérieur et fléchisseurs des orteils;

le planto-valgus, avec la rétraction des jumeaux, des péroniers antérieur et latéraux et des extenseurs des orteils.

De cette corrélation entre les agents de la difformité et les formes qu'ils avaient déterminées, naissait l'indication des sections tendineuses à opérer pour remédier aux différents éléments de chaque difformité : pour le varus équin, la section du tendon d'Achille, des jambiers antérieur et postérieur, et fléchisseurs des orteils; pour le planto-valgus, la section du tendon d'Achille, des péroniers antérieur et postérieur et des extenseurs des orteils. Ce sont, en effet, ces différentes opérations qui ont été pratiquées par la méthode sous-cutanée chez cet enfant.

M. Jules Guérin met sous les yeux de l'Académie le moule en plâtre des difformités avant le traitement, et, à côté, l'enfant dont les deux pieds ont été redressés.

M. Jules Guérin présente ce cas comme un spécimen de deux variétés de pieds bots qui se trouvent très rarement réunies chez le même sujet et qui offrent la double confirmation de la théorie qui les explique et du traitement qui les guérft. Mais il est eessentiel d'ajouter, dit M. Guérin, que ces guérisons, pour être complètes, exigent le concours des manipulations et des appareils orthopédiques appropriés; les premières, les manipulations, comme moyen de réduire graduellement les déplacements articulaires; les seconds, comme moyen de maintenir ces réductions.

—

M. Bourgoin lit un rapport sur un travail de M. Yvon, intitulé : *Sur la composition des hypobromures alcalins employés pour le dosage de l'urée et sur un nouveau mode de préparation des bromures correspondants.*

—

M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne), lit un travail intitulé : *Dangers de l'emploi de l'alun en contact avec le cuivre dans les préparations culinaires.* Voici les conclusions de ce travail :

1° Avertir les industriels que l'alun ammoniacal en contact avec le cuivre produit un *sulfate double de cuivre et d'ammoniaque très soluble, très vénéneux;*

2° Proscrire l'alun de toutes les préparations culinaires, quand on se sert de *vases de cuivre ;*

3° Informer les industriels qu'ils peuvent remplacer l'alun par du *chlorure de sodium* (sel marin) ou par du *borax,* et encore, pour ce dernier sel, il y a lieu de faire des réserves ;

4° L'alun étant un *agent de sophistication* pour la fabrication de certaines conserves de viandes, de légumes et de fruits, et surtout pour la boulangerie, l'administration a le devoir de surveiller son emploi ;

5° Enfin l'administration ayant défendu aux industriels d'ajouter *des sels de cuivre aux préparations culinaires,* doit savoir qu'ils *éludent la loi,* les uns, de propos délibéré, les autres inconsciemment en se servant *de l'alun dans des vases de cuivre pour fabriquer ainsi directement un sulfate de cuivre et d'ammoniaque* dans leurs préparations. (Com. MM. Brouardel, Mehu et Gautier.)

—

M. Briquet commence la lecture d'un travail sur la prédisposition dans l'hystérie. Il la terminera dans la prochaine séance.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

Des indications du traitement par l'eau sulfureuse d'Allevard, par le Dr Niepce fils. Grenoble, 1881 ; Marbonville.

C'est en grande partie aux travaux du docteur Niepce père, qu'est due la réputation des eaux d'Allevard. L'étude clinique de ces eaux a donc été faite avec une grande compétence : c'est une contribution nouvelle à l'œuvre du père, que le fils publie actuellement. Sa brochure donne en effet les indications cliniques de ces eaux et tous les renseignements topographiques et autres indispensables aux malades. A ces titres, elle mérite donc la lecture, et certainement il sera utile de la consulter souvent. — Ch. E.

Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde. — Acide phénique et bains froids, par le docteur Fr. Glénard. — Paris, 1881. A. Delahaye.

Cette brochure est la reproduction des faits cliniques et de la discussion publiés dans le

*Lyon médical*, par le docteur Glénard. Nous avons donné le résumé de ces observations dans le *Journal des Journaux* de l'UNION MÉDICALE, et nous croyons que cette brochure sera lue avec intérêt par tous ceux qui s'intéressent aux résultats obtenus par les médications nouvelles employées contre la fièvre typhoïde, soit à Lyon, soit à Lille. — Ch. É.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 5 au 11 août 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,138. — Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 25. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 34. — Dysenterie, 3. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchites aiguës, 12. — Pneumonie, 43. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 124; au sein et mixte, 53; inconnu, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91 ; circulatoire, 84; respiratoire, 62 ; digestif, 62 ; génito-urinaire, 36; de la peau et du tissu lamineux, 12; des os, articulat. et muscles, 15. —Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 13.

CONCLUSIONS DE LA 32e SEMAINE. — L'amélioration que nous avions constatée la semaine précédente ne s'est pas continuée. Nous avons eu cette semaine une augmentation de 80 décès (1,138 contre 1,058, chiffre de la 31e semaine), portant principalement sur les maladies de l'appareil cérébro-spinal et de l'appareil circulatoire, sur les morts violentes et sur la Fièvre typhoïde dont le nombre de décès a doublé (38 au lieu de 19.)

Cette aggravation des sévices de la Fièvre typhoïde se trouve confirmée et accentuée par la progression du nombre des entrées, par cette cause, dans les hôpitaux de Paris. En se reportant aux bulletins des semaines antérieures, on voit que les chiffres des entrées se succèdent ainsi : 37 (29e semaine), 40 (30e), 50 (31e), 87 (32e). On remarquera aussi que le nombre d'avis dénonçant les cas d'invasion de Fièvre typhoïde parmi les malades soignés à domicile a presque doublé d'une semaine à l'autre. Il est donc à craindre que, loin de s'atténuer, le chiffre des décès par Fièvre typhoïde ne s'élève encore.

Le 5e arrondissement par ses trois quartiers : *Sorbonne, Val-de-Grâce* et *Saint-Victor*, a été plus particulièrement éprouvé cette semaine : il compte 6 décès typhiques. D'après les renseignements fournis par les cartes de morbidité, c'est le 18e arrondissement qui se trouverait surtout atteint aujourd'hui. On y signale 19 cas d'invasion de Fièvre typhoïde. Plusieurs cas ont été également dénoncés dans le quartier de la *Muette* et dans celui des *Batignolles*.

Parmi les autres affections épidémiques, on remarque un faible accroissement du nombre des décès par Variole (25 au lieu de 19) et par infection puerpérale (7 au lieu de 3); d'un autre côté, la Rougeole a occasionné 18 décès (contre 24 la 31e semaine), et la diphthérie 34 (contre 41 et 49 la 30e semaine). Notons que ce chiffre de 34 décès comprend 4 décès d'enfants domiciliés hors Paris. On constate donc un mouvement d'atténuation de plus en plus accusé des sévices de cette redoutable affection. Le fait est trop satisfaisant pour que nous omettions de le signaler.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

# FORMULAIRE

## TRAITEMENT DU PEMPHIGUS BULLEUX CHRONIQUE. — HARDY.

S'abstenir de bains et d'applications humides qui favorisent la formation des bulles, se contenter de faire projeter sur les parties malades, des poudres d'amidon, de tan ou de quinquina. Sur les ulcérations consécutives à la rupture des bulles, appliquer des compresses enduites de cérat frais ou de glycérine, ou mieux encore du liniment oléo-calcaire. Après ce dernier pansement, entourer les membres d'une couche d'ouate maintenue par des bandes, et qu'on laisse à demeure pendant plusieurs jours. — Le traitement interne réclame les toniques en général, et en particulier les préparations de quinquina et de fer. Dans quelques cas, on a administré avec succès la solution d'arséniate de soude, à la dose de 5 milligrammes à un centigramme par jour, ou l'arséniate de fer en pilules, à la dose de 1 à 3 centigrammes dans les 24 heures. — Nourriture fortifiante; se préserver du froid et de l'humidité. — N. G.

## COURRIER

Le télélogue. — On vient de faire des expériences nombreuses et variées sur un nouvel appareil de télégraphie optique, appelé *télélogue*. Ces expériences étaient dirigées par une commission prise dans une section technique de télégraphie et désignée en même temps par le ministre des postes et télégraphes et par le ministre de la guerre; elles ont donné les meilleurs résultats. C'est ainsi qu'on a pu établir une communication entre le fort de Saint-Menge et la place de Langres (8 kilomètres). Plus récemment, les forts de Nogent et de Charenton ont été reliés à la redoute de Gravelle à l'aide d'appareils de petite portée, dont le maniement avait été confié à des soldats non préparés à la manœuvre de ce nouvel appareil télégraphique.

Le *télélogue* paraît devoir servir surtout à établir des communications entre les différents échelons de l'ordre de combat d'un bataillon par exemple, et à transmettre rapidement des indications au moyen de signaux conventionnels soit aux postes avancés et grand'gardes, soit aux troupes engagées à l'ennemi.

On étudie à l'état-major général du ministre les conditions d'emploi de cet appareil télégraphique, qui semble d'une application plus facile, plus sûre et moins coûteuse aux armées en campagne que le téléphone.

— Le tribunal correctionnel de Saintes vient de condamner la supérieure des sœurs du Port d'Envaux, reconnue coupable d'exercice illégal de la pharmacie et d'homicide par imprudence, à 500 francs d'amende et aux frais s'élevant à 1,500 francs.

— La Société nationale d'agriculture de France a décerné, dans sa séance publique annuelle tenue dimanche dernier, le prix de Béhargue à MM. les docteurs Roux, aide de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Chamberland, docteur ès sciences, pour leurs travaux exécutés sous la direction de M. Pasteur sur les maladies charbonneuses et sur la rage.

— M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux, suppléant M. le professeur Richet durant les vacances, a commencé ses conférences cliniques à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Chomel, mardi 16 août, à 10 heures. Il les continuera les mardis et samedis.

Le télégraphe souterrain en Allemagne. — Le réseau télégraphique souterrain de l'Allemagne, sur la construction duquel nous avons déjà donné quelques détails, vient d'être terminé. Les deux dernières lignes qui viennent d'être achevées sont celles de Berlin à Stettin et de Cologne à Aix-la-Chapelle. Les lignes télégraphiques souterraines traversent, en différents endroits, tous les grands fleuves et un certain nombre de rivières et cours d'eau plus petits de l'Allemagne. On ne compte pas moins de 221 villes qui sont reliées au réseau souterrain. Les frais d'établissement de l'ensemble de ce réseau se sont élevés à 30,210,975 marcs.

(*Les Mondes*.)

Téléphonie et télégraphie. — Le téléphone vient d'être mis encore au service de la justice pour surprendre des conversations ou paroles échangées en prison entre détenus. Le microphone permettant de distinguer tous les sons émis dans une pièce, sans qu'il soit nécessaire que la bouche de celui qui parle soit en contact immédiat avec l'appareil, on a eu l'idée, à New-York, de placer un microphone contre le mur d'une cellule de prison, en recouvrant soigneusement l'ouverture avec du papier mince, percé de petits trous à peine visibles. Dans cette cellule, on a fait entrer les complices ou les parents d'un prévenu, puis on les a laissés ensemble sans surveillant. Pendant qu'ils s'entretenaient, un agent ou un gardien de la prison tenait son oreille collée au téléphone relié au transmetteur. La ruse a complètement réussi, paraît-il. Le prévenu, ne soupçonnant pas que dans les cellules les murs pussent avoir des oreilles, profita du moment où on le laissait seul avec ses complices pour causer avec eux du crime dont il était accusé. La justice a obtenu ainsi d'importantes révélations, qui n'avaient pu être arrachées, soit par des menaces, soit par des interrogatoires contradictoires.

(*Les Mondes*.)



*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CHIRURGIE

## RUPTURE COMPLÈTE DU PÉRINÉE ET DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE DANS UNE HAUTEUR DE 3 CENTIMÈTRES; OPÉRATION SEPT MOIS APRÈS L'ACCIDENT; GUÉRISON COMPLÈTE.

Par le Dr NOTTA, de Lisieux, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Depuis que M. le professeur Verneuil a exposé en 1862 (1), dans une remarquable observation qui est un véritable traité sur la matière, les perfectionnements qu'il a apportés à l'opération de la périnéoraphie, plusieurs communications faites à la Société de chirurgie (2) sont venues démontrer la supériorité de ses procédés. Toutefois, comme plusieurs chirurgiens, et des plus recommandables, emploient encore certaines opérations accessoires, telles que les incisions libératrices, la section du sphincter anal, etc., dans le but d'assurer le succès, il n'est peut-être pas sans intérêt de faire connaître le fait suivant, dans lequel nous avons complètement réussi sans avoir recours à ces opérations adjuvantes qui compliquent et aggravent toujours la situation.

Mme Q..., de Bonnebosq, âgée de 22 ans, après avoir eu antérieurement deux fausses couches, accoucha à terme il y a sept mois; le travail marchant lentement et la tête ne se montrant pas encore à l'orifice vulvaire, l'accoucheur plaça cette dame le siège élevé et la tête en bas, puis, appliquant le forceps, il amena un enfant vivant. Le périnée se rompit au moment du passage de la tête. On ne fit rien pour réunir les parties déchirées et, aujourd'hui, je vois la malade pour la première fois.

La santé générale est bonne, les règles viennent régulièrement; il n'y a pas de fleurs blanches; les besoins d'uriner sont plus fréquents qu'avant l'accouchement : trois fois la nuit et, dans le jour, toutes les deux heures, trois heures au plus. La malade ne peut jamais retenir les gaz intestinaux; lorsqu'elle a le corps un peu libre, les matières fécales s'échappent involontairement; lorsqu'elle a de la constipation, elle peut en général les retenir; cependant elles s'échappent quelquefois malgré elle. Si l'on écarte les grandes lèvres et les fesses, la malade étant sur le dos, on constate que le périnée n'existe plus, et que la vulve se continue avec l'anus, sans ligne de démarcation; puis si, avec le spéculum univalve de Sims, on sou-

(1) *Bulletin* de la Société de chirurgie, 1863, p. 229.

(2) *Bulletin* de la Société de chirurgie, 1873, p. 63. Obs. de Letenneur (de Nantes). — 1876, p. 291, *Étude sur la périnéoraphie*, par le docteur Jude Hue. — Rapport de M. Guéniot.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

N'êtes-vous pas étonnés, mes chers lecteurs, du nombre considérable de médecins qui se portent candidats aux élections prochaines? Quant à moi, j'en suis ébahi. Qu'en conclure logiquement? Que la profession de médecin n'étant pas suffisamment rémunératrice dans un grand nombre de localités, les confrères qui l'ont embrassée espèrent remplacer par le traitement de député l'insuffisance de la clientèle. Il m'est, en effet, difficile d'admettre que ce soient les confrères les mieux dotés par le nombre et par la qualité des clients qui aspirent aux honneurs parlementaires. Je sais bien qu'il faut compter, et largement compter, avec les ambitions politiques. Nourrir l'espoir de devenir un homme politique fait taire tout autre intérêt, et nous avons vu des médecins sacrifier de belles positions médicales pour conquérir un siège au Parlement. Du reste, ceux qui, comme moi, ont le triste privilège d'avoir vu plusieurs révolutions, peuvent répéter avec Alphonse Karr que, sur ce point, plus ça change, plus c'est la même chose. Si vous vous souvenez de 1848, vous devez voir qu'alors ce fut la même ardeur que dans ce moment, de la part des médecins, à briguer les candidatures politiques.

Il est vrai qu'alors le titre de député conduisait peut-être plus qu'aujourd'hui aux fonctions gouvernementales les plus élevées. Avons-nous vu, comme en 1848, un député-médecin devenir président de l'Assemblée nationale? Depuis dix ans de notre nouvelle République,

lève la paroi antérieure du vagin, on constate sur la paroi recto-vaginale une solution de continuité verticale, située sur la ligne médiane, ayant au moins 3 centimètres de hauteur. Entre les lèvres de cette solution de continuité qui présentent un écartement de 5 à 6 millimètres, la muqueuse rectale fait saillie et tranche par sa coloration rouge sur la muqueuse vaginale, qui est blanche et présente des rides transversales.

Si, appliquant les doigts à l'orifice de la vulve et exerçant, en bas et en arrière, des tractions, on tend la paroi postérieure du vagin, on donne à cette solution de continuité une longueur de 5 centim. environ, et en suivant ses bords de chaque côté, on les voit se continuer avec une surface cicatricielle ayant à peu près la forme d'un triangle isocèle, à base dirigée en bas, située à la face interne des fesses, entre l'anus et l'orifice vulvaire, et répondant exactement à ce qui constituait le périnée. Cinq jours après la cessation des règles, la malade se purgea avec une bouteille de limonade purgative et, le lendemain, elle prit un lavement à l'eau froide à six heures du matin, et, à huit heures, je procédai à l'opération suivante avec le concours éclairé du docteur Decornière, de Lisieux, et du docteur Prévost, de Pont-l'Évêque, qui m'avait adressé la malade.

4 mai 1881. La malade est chloroformée. Placée sur le bord d'une table, en face d'une fenêtre, les jambes écartées, et les pieds appuyés sur une chaise, un aide relève la paroi antérieure du vagin avec le spéculum univalve de Sims; on découvre alors très nettement la solution de continuité de la paroi postérieure du vagin. A l'aide d'un bistouri très tranchant, l'avivement porte, d'un côté, sur la muqueuse vaginale dans une largeur de 6 à 7 millimètres, en évitant de toucher à la muqueuse rectale et en ayant soin de respecter le petit liséré cicatriciel qui la limite. De l'autre côté de la déchirure, je pratique une incision le long de ce liséré cicatriciel et je décolle la muqueuse vaginale dans une largeur égale à celle de l'avivement du côté opposé. Arrivé au niveau de la cicatrice du périnée, j'en dissèque la surface de manière à la renverser en bas et en avant, et à la mettre en contact par sa surface saignante avec celle du côté opposé. Pour être complet, je dois ajouter que j'ai prolongé l'avivement 3 ou 4 millimètres au-dessus de l'angle de division de la cloison recto-vaginale. Le sang ayant été bien étanché avec des éponges trempées dans de l'eau phéniquée, j'applique sur la cloison recto-vaginale cinq points de suture, comme s'il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale, en ayant bien soin de faire passer l'aiguille dans le petit liséré cicatriciel qui bordait la muqueuse rectale; puis je plaçai deux sutures enchevillées profondes au niveau du périnée et deux sutures entortillées superficielles pour réunir les lambeaux d'avivement qui étaient adossés et faisaient saillie entre les chevilles.

Pour appliquer ces points de suture, je me servis d'aiguilles courbes, cylindriques, de Sims, armées d'une anse de fil de soie. Une fois toutes les sutures appliquées, je substituai au fil de soie un fil métallique; les sutures enchevillées furent appliquées avec un fil d'argent simple et fixées avec un tube de plomb de Galli. La réunion était parfaite. Une injection d'eau tiède phéniquée fut pratiquée dans le vagin.

---

avons-nous vu un seul confrère député devenir ministre, alors que nous en comptâmes plusieurs en 1848?

Cela viendra. Il est certain que, sous tous les gouvernements qui se sont succédé depuis 1789, nos assemblées politiques et délibérantes ont compté un plus ou moins grand nombre de médecins. Il est vrai qu'on y chercherait vainement un confrère qui ait laissé le renom d'un orateur. A la fin du règne de Louis-Philippe, le beau talent académique de Malgaigne vint faire naufrage sur la tribune de la Chambre. Le professeur Gerdy subit à peu près le même sort. Le professeur Trousseau ne fut guère plus heureux, et celui de nos confrères qui aborda le plus vaillamment cette redoutable tribune du Palais-Bourbon, celui aussi pour qui l'opinion fut le plus clémente, fut notre vénéré confrère M. Bouillaud, qui, malgré son grand âge, monte encore avec courage à la tribune de la rue des Saints-Pères.

*
* *

En fouillant dans une bibliothèque, hélas! bien en désordre, je suis tombé sur un petit volume in-32, intitulé : *Biographie des médecins français vivants et des professeurs des Écoles*, par un de leurs confrères docteur en médecine, Paris, 1826, chez tous les libraires. Cette date, 1826, m'a singulièrement fait regretter d'avoir oublié que j'étais possesseur de ce petit volume que j'ai acquis je ne sais où, ni quand, ni de quoi, mais qui provenait certainement de la bibliothèque de Desgenettes dont les initiales R. D. G. sont frappées sur le dos de la reliure. Dans ce petit volume figurent les noms de tous les professeurs dont j'ai rappelé le souvenir et j'ai vu avec plaisir que, sur les choses essentielles, j'étais en général d'accord avec l'auteur, qui ne se désigne que par un pseudonyme dont je n'ai pu soulever le voile,

L'opération avait duré cinq quarts d'heure. La malade fut reportée dans son lit les jambes bien rapprochées et maintenues dans la demi-flexion par un coussin placé sous les jarrets. Toutes les trois heures, je pratiquai le cathétérisme. Dans l'après-midi, des vomissements survinrent. On prescrivit une pilule d'opium de 0,01 centigr. toutes les heures; pour boisson, du grog et de l'eau de Seltz. Néanmoins les vomissements persistèrent toute la nuit et fatiguèrent beaucoup la malade. Une sonde à demeure avait été appliquée dans la soirée.

5 mai. Apyrexie. Peau fraîche. L'haleine de la malade et les matières vomies exhalent une odeur prononcée de chloroforme. (Glace. Potion morphinée. Injection d'eau tiède phéniquée dans le vagin.)

Les vomissements, après avoir persisté d'une façon continuelle pendant toute la journée, cessent le soir.

6 mai. La nuit a été bonne. La malade rend des gaz par l'anus. Elle prend aujourd'hui des biscuits dans du vin, du bouillon sans vomir; elle n'a pas d'appétit; elle ne souffre pas; le moral est meilleur qu'hier. J'enlève les deux sutures entortillées superficielles.

7 mai. État général bon. A bien dormi. Elle mange aujourd'hui avec plaisir une aile de poulet le matin et, le soir, un bifteck. Tous les jours je fais, matin et soir, une injection vaginale avec de l'eau phéniquée.

10 mai. Besoin d'aller à la garde-robe. On donne un lavement à l'eau tiède. L'eau est rendue brouillée par des matières fécales. Un second lavement donné quelques heures après est gardé.

12 mai. La nuit a été bonne. Le besoin d'aller à la garde-robe se faisant toujours sentir, je prescris un lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale. Ce lavement est rendu dans la journée et amène l'évacuation de matières molles.

A cinq heures du soir, après avoir placé la malade dans la même position que pour l'opération, j'applique le spéculum de Sims et j'enlève une des sutures vaginales, la plus inférieure et une des sutures enchevillées la plus antérieure. La muqueuse vaginale ne présente aucune rougeur, aucune trace d'inflammation ni de suppuration. Je fais une injection avec de l'eau phéniquée; l'anus et la vulve sont bien nettoyés, et après avoir réappliqué la sonde à demeure, la malade est reportée dans son lit.

18 mai. Sentiment de plénitude. Léger besoin d'aller à la garde-robe. Lavement huileux qui provoque dans la journée une garde-robe liquide.

Le soir, j'enlève la suture enchevillée qui reste. La sonde à demeure commençant à causer de la douleur, on l'enlève; et, désormais, on sondera la malade lorsque le besoin s'en fera sentir.

16 mai. Sentiment de plénitude dans l'anus. Besoin d'aller à la garde-robe. Après deux lavements, dont un additionné d'huile de ricin, on obtient l'expulsion d'un bol fécal très dur, de la grosseur d'un marron. La malade a la sensation de matières dures qui remplissent le rectum; elle ne peut pousser assez fort pour les expulser.

---

mais qui a dû s'attirer bien des inimitiés par la malignité et la malveillance de la plupart de ses notices.

Cet ouvrage contient deux cent soixante-huit notices plus ou moins étendues sur des médecins vivant en 1826. Or, savez-vous combien vivent encore de ces deux cent soixante-huit? Quatre seulement! Je dis quatre, quoique l'ouvrage n'en indique que trois, mais il a oublié M. Bouillaud, qui jouissait déjà d'une honorable notoriété. Les trois autres survivants sont M. Briquet, M. J. Cloquet et M. Foissac. Honneur à ces quatre vétérans!

A cette même époque, et toujours d'après ce même ouvrage, cent-six officiers de santé exerçaient dans la capitale. L'auteur en donne les noms et les adresses. Pas un seul n'existe en 1881.

***

Le 23 prairial de notre calendrier républicain, un de mes bons amis est entré par conséquent dans sa soixante-dix-septième année. Il n'y en a pas autant pour tous, et cet ami aurait le droit de remercier Celui qui règle toutes choses, si la souffrance et le plus singulier état pathologique n'affligeaient sa vieillesse.

Qui donc a dit que la vieillesse était une seconde jeunesse?

Pour certains sentiments, pour quelques impressions, oui, cet aphorisme est vrai. Jeune et vieux l'homme se montre également sensible à l'éloge, aime à faire exhibition des compliments, des récompenses et des honneurs qui lui arrivent; sans doute, c'est peu modeste, mais c'est une loi de nature à laquelle jeunes et vieux cèdent irrésistiblement. Ainsi avez-vous vu ces jours derniers, alors que tous les établissements d'instruction publique opé-

A cinq heures du soir, je fais donner un troisième lavement avec 30 grammes d'huile de ricin. Une heure après, il y a une évacuation de matières fécales, dures, volumineuses; elle ne s'accompagne d'aucune douleur au niveau de l'anus.

17 mai. Nuit excellente. La malade va se lever dans la journée, et l'on supprime le cathétérisme. Depuis huit jours, les besoins d'uriner sont devenus moins fréquents. Ainsi, avant l'opération, elle urinait en moyenne trois fois la nuit et toutes les deux heures pendant la journée. Aujourd'hui, elle n'urine qu'une fois la nuit, et deux ou trois fois seulement dans la journée.

18 mai. Garde-robe très abondante de matières dures, volumineuses, suivie d'un grand soulagement.

20 mai. Avec le spéculum de Sims, je constate que la plaie est parfaitement réunie; trois sutures situées profondément dans le vagin manifestent leur présence par les fils tordus qui font saillie. Dans l'impossibilité de les enlever, j'excise avec des ciseaux la partie saillante et tordue. Le doigt, introduit dans l'anus, est fortement serré. Les gaz sont parfaitement retenus. La malade se sent très bien et me dit se trouver exactement comme avant l'opération.

Le 23 mai, elle retourne chez elle en voiture.

Le 28 juin, je revois la malade; elle va très bien. Un fil d'argent, situé très profondément, fait saillie dans le vagin. Ne pouvant l'enlever, j'en excise la partie saillante avec des ciseaux.

Cette observation est, pour ainsi dire, calquée sur celle de M. Verneuil. C'est qu'en effet je n'ai opéré ma malade qu'après m'être pour ainsi dire pénétré de tous les préceptes et de tous les détails minutieux de sa pratique, et c'est pour les avoir appliqués dans toute leur rigueur que j'ai pu obtenir un succès comparable au sien. La muqueuse rectale a été absolument respectée et par le bistouri et par les sutures. Au niveau du périnée, je n'ai placé que deux sutures enchevillées, l'une en bas et l'autre en avant, parce qu'ainsi disposées elles affrontaient d'une manière parfaite les surfaces cruentées. Ici, comme toutes les fois qu'il s'agit de sutures, on ne peut pas trop déterminer d'avance ce qu'il en faut appliquer pour amener un affrontement exact des parties. J'ai seulement eu soin, comme pour le vagin, de ne pas toucher à la muqueuse anale. Le rapprochement des parties a pu se faire facilement, et quoique je n'aie pratiqué aucune incision libératrice, la réunion a été très complète; et cependant, je dois le dire, je n'ai pas été sans inquiétude, lorsque la malade fut prise quelques heures après l'opération de vomissements incoercibles qui durèrent trente-six heures. Ils n'ont eu heureusement aucune influence fâcheuse sur le résultat.

Ne pouvant sonder moi-même l'opérée le jour et la nuit, j'ai appliqué une sonde

---

raient leur distribution de prix, les lauréats montrant avec ostentation leurs prix et leurs couronnes, allant visiter les amis et recevant leurs compliments avec un bonheur véritable.

Où donc veux-je en venir? A vous dire et à vous prouver par un exemple que, pour la gloriole, le vieux du 23 prairial an XIII est aussi peu modeste, aussi empressé à faire connaître les compliments qui lui arrivent et à montrer les prix qu'il a reçus.

Lisez plutôt cette lettre où l'éloge est excessif certainement, et dont j'ai dû en supprimer plusieurs, mais exprime des sentiments si délicats, que, profondément sensibilisé, je ne résiste pas à la vanité de la reproduire :

Villefranche, le 16 août 1881.

Monsieur et très honoré confrère,

Votre fine plume, . . . . . . . . . . . . ., que son long usage n'a pu rien lui faire perdre ni de sa vigueur ni de sa souplesse, court sur le papier . . . . . . . . . . . comme il y a quarante ans. C'est ainsi qu'elle vient de tracer cette brillante revue rétrospective de quelques sommités de la Faculté de médecine de Paris qui a transporté, avec beaucoup d'autres, un de vos lecteurs assidus depuis bien longtemps déjà aux plus belles années de sa vie.

Compatriote d'Alibert, ce lecteur a été plus particulièrement captivé par le chapitre de cette revue consacré à ce professeur. Il a suivi ses leçons, il l'a entendu chanter, comme vous le dites si bien, la découverte et les vertus merveilleuses du quinquina, il l'a vu, dans un élan d'enthousiasme, faire pleuvoir à pleines mains dans l'amphithéâtre des échantillons authentiques de la précieuse écorce. Prenez, disait-il, cela me vient de notre ambassadeur, je suis heureux de vous le distribuer, vous pouvez y mettre l'étiquette.

à demeure que l'on débouchait lorsque le besoin s'en faisait sentir. J'étais certain ainsi qu'il ne tomberait pas une goutte d'urine sur la suture et j'y attachais la plus grande importance. La présence de la sonde dans la vessie a du reste été très bien supportée pendant neuf jours.

Enfin j'arrive au moment du traitement qui m'a donné le plus de préoccupation, je veux parler de la première garde-robe. Pendant les premiers jours, j'avais donné de l'opium pour calmer les vomissements d'abord et déterminer ensuite de la constipation. Lorsque le septième jour la malade éprouva le besoin d'aller à la selle, je redoutais l'existence d'un bol fécal volumineux qui pouvait amener une déchirure de la cicatrice, aussi au lieu d'administrer un purgatif, je préférai donner plusieurs lavements émollients d'abord, purgatifs ensuite, afin de ramollir les matières durcies; ce ne fut que le treizième jour que je me risquai à faire prendre un léger purgatif qui provoqua de copieuses évacuations de matières dures. Après cette épreuve, la guérison était assurée.

Je n'ai eu aucune difficulté à retirer les sutures enchevillées et les sutures superficielles. Quant aux trois sutures situées le plus profondément dans le vagin, l'anse du fil étant recouverte par la muqueuse, je me suis borné à exciser la partie tordue qui dépassait son niveau. La petite portion de fil métallique qui restait dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale s'est enkystée et n'a offert aucun inconvénient. J'ai évité ainsi des tiraillements douloureux pour la malade.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

### CONTRIBUTION CLINIQUE AU TRAITEMENT LOCAL ET GÉNÉRAL DES TUMEURS MALIGNES DU SEIN ET D'AUTRES SIÈGES EXTERNES.

Par le professeur SEMMOLA, de Naples.

(Mémoire lu au Congrès de Londres.)

**Il y a douze ans, un chirurgien de New-York guérissait, par l'électrolyse, un cancer du sein diagnostiqué tel par un de nos maîtres parisiens.** La relation de ce cas, auquel il avait joint un autre succès, fit l'objet d'un mémoire qui eut un certain retentissement; mais, à quelque temps de là, Althaus se prononça contre la méthode, et Ciniselli, l'ayant essayée vainement contre les tumeurs malignes, alla jusqu'à en proposer l'essai dans le cas de diagnostic dou-

---

Permettez, cher et aimé confrère, à ce compatriote de vous témoigner par un petit souvenir le plaisir qu'il a eu à vous lire.

Parmi les *reliquiæ* d'Alibert que je possède se trouve une belle aquarelle, très gentiment encadrée (témoignage des contrastes dont le professeur se plaisait à faire parade,) représentant Marie-Madeleine Lefort, dont Béclard a donné une description dans le Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes, t. XXI, p. 98, sujet que j'ai vu moi-même à Montpellier en 1825, dans une exhibition qui eut lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Éloi, et qui donna l'occasion au professeur Delpech de faire une leçon des plus intéressantes où la profondeur des vues, l'abondance de l'érudition, l'élégance de la parole tinrent sous le charme pendant plus d'une heure cinq ou six cents auditeurs.

J'ai fait faire une photographie de ce tableau (1), je prends la liberté de vous en adresser un exemplaire; s'il peut vous offrir quelque intérêt j'en serai heureux. Veuillez, dans tous les cas, l'accepter au titre que je vous ai déjà fait connaître et comme expression de mes sentiments de haute considération et de respectueuse confraternité.

D^r^ BRAS,
Vice-président de l'Association des médecins du département de l'Aveyron, à Villefranche-de-Rouergue.

Je vous le demande : en quoi le vieux de prairial an XIII diffère-t-il du jeune collégien faisant montre des beaux volumes qu'il vient de recevoir?

(1) Cette photographie, fort curieuse en effet, représente nue une jeune femme dont le clitoris est si développé qu'il ressemble à un pénis.

teux, prétendant que son efficacité suffirait pour établir s'il s'agissait ou non d'un néoplasme bénin.

Aujourd'hui voici la question remise sur le tapis par une magistrale communication faite au Congrès de Londres.

Le professeur Marionno Semmola, de Naples, n'est pas de ceux qui ont pris à la légère leur rôle de délégué. Huit jours durant, aux applaudissements de l'auditoire, nous l'avons vu au premier banc de la section médicale multiplier les communications originales, soutenir le feu des discussions, et, toujours sur la brèche, agiter fièrement le drapeau de son école, harcelant les contradicteurs par ses patriotiques revendications, les désarmant autant par autorité que par sympathie. Certain jour, il aborda la tribune chirurgicale et vint y lire le mémoire que nous allons résumer brièvement.

L'auteur fut conduit par le hasard à tenter l'usage de l'électricité contre les tumeurs de mauvaise nature et obtint d'heureux effets dans tous les cas (six) en combinant l'électrolyse avec l'administration de l'iodure de potassium. Ces six cas sont constitués par un épithéliome, un fibro-sarcome et trois sarcomes de la mamelle, enfin un kysto-sarcome du bras. Les appareils employés ont été ceux de Sthorer à petits éléments et d'Onimus modifié par le professeur Vizioli; le degré du galvanomètre a oscillé entre un minimum de 60° et un maximum de 75° pour le dernier, et de 90° pour le premier. Le courant était réglé par un graduateur à eau. Les aiguilles étaient celles de Ciniselli. Le pôle négatif était enfoncé dans la tumeur, et le pôle positif représenté par un bouton à charbon revêtu de toile pour empêcher les eschares était placé à quelque distance sur la peau. La durée de l'application ne dépassait pas dix à quinze minutes et les séances étaient répétées trois fois par semaine.

Le malade manque rarement d'accuser une douleur vive, comme une brûlure traversant la tumeur; quelquefois il éprouve la sensation de bulles gazeuses infiltrant les tissus, phénomène dû à la décomposition physique des liquides, et qui s'accuse parfois par une crépitation emphysémateuse. Selon le professeur, le traitement électrolytique agit de trois façons :

*a*) En produisant des petits foyers d'inflammation avec sclérose consécutive; la tumeur se réduit à un volume minime et il reste une induration, un *caput mortuum* de tissu cicatriciel;

*b*) En produisant une transformation colloïde et graisseuse dans la masse de la tumeur, surtout lorsqu'elle est en voie de ramollissement;

*c*) En provoquant une inflammation avec suppuration disséquante, fragmentation de la tumeur et issue de ses débris.

En présentant ces considérations appuyées sur un nombre encore insuffisant de faits, le professeur n'a point eu la prétention de conclure; il a voulu seulement poser la question et attirer sur cet important problème thérapeutique l'attention loyale de ses confrères; nous ne doutons pas, et il ne se le dissimule pas lui-même, que quelques chirurgiens ne lui répondent par une opposition théorique et quelque peu systématique, mais la plupart auront à cœur de vérifier ces vues encourageantes, et quelques mois ne s'écouleront pas avant qu'une expé-

---

***

Mais ce n'est pas le seul prix que j'aie reçu; en voici un autre auquel je tiens beaucoup, car il me vient d'un de mes plus anciens amis, d'un des confrères les plus méritants de la province, et que l'Académie a eu le bon esprit de s'adjoindre comme corespondant :

Étampes, le 20 juillet 1881.

Très cher docteur Simplice,

J'ai été si charmé de votre pourtraicture au vif de nos vénérables et savants maîtres de 1826, pourtraicture à laquelle il ne manque ni un trait, ni même une ombre, que je ne puis m'empêcher de venir vous dire tout le plaisir que m'ont fait éprouver vos souvenirs, si parfaits et si bien exprimés. Il m'a semblé, en vous lisant, que j'assistais encore aux leçons de ces vieux professeurs, quoique, hélas! plus d'un demi-siècle se soit écoulé depuis.

Permettez-moi, sans sortir beaucoup de vos réminiscences, de vous entretenir, le plus brièvement possible, d'un petit épisode dont bien peu de survivants auront pu être témoins, et dont vous ferez d'ailleurs l'usage qui vous conviendra. Il s'agit ici, non d'un professeur en exercice, mais d'un tout jeune homme qui allait le devenir, et qui a depuis creusé un large et profond sillon dans notre champ médical; je veux parler de Trousseau, qui a bien voulu m'accorder son amitié et me faire l'insigne honneur, à moi praticien de campagne, de présider à la naissance de mes deux premiers petits-enfants.

Pour la première fois, en 1826, la nomination des agrégés fut mise au concours. Trousseau, alors âgé de 24 ans, fut un des concurrents; je n'ai pas retenu les noms des autres compétiteurs. Il semble que, s'il eût eu le choix des questions à traiter, il eût mis la main sur celle

rience multipliée ait fait la lumière sur les idées du professeur napolitain; l'accueil fait à ses éloquentes paroles le lui a prouvé. — G.

## Congrès médical international

Londres, 12 août 1881.

Mon cher rédacteur en chef,

Je ne m'arrêterai que très peu aux travaux des sections d'*anatomie* et de *physiologie*, ces travaux, malgré leur valeur scientifique, n'ayant qu'une importance pratique assez peu directe.

Vous avez dû déjà remarquer que les *Address* des présidents de section avaient eu surtout pour objet de retracer l'histoire de chaque branche de la science médicale en Angleterre. Il en a été de même dans la section d'anatomie. L'honorable président, le professeur H. V. Flower, après avoir constaté les progrès accomplis depuis deux siècles en anatomie normale et comparée, fait ressortir l'importance des collections de pièces, des musées, et retrace l'histoire du musée Hunter, qui fait partie du Collège des Chirurgiens. John Hunter, son fondateur, y consacra 30 années de sa vie, de 1763 à 1793. Ce musée fut acheté en 1799 par l'État, pour la somme de 15,000 livres sterling (375,000 francs). Ce ne fut pas sans peine toutefois et sans de longues négociations. Le premier ministre Pitt, engagé alors dans les guerres du Consulat, fit à ce sujet une réponse qui est restée légendaire : « Comment ! acheter des préparations, quand je n'ai pas assez d'argent pour acheter de la poudre ! » Il ne fallut rien moins que l'intervention de la Chambre des Communes pour vaincre son opposition. Depuis la réunion du musée Hunter au Collège des Chirurgiens, en 1813, il s'est successivement enrichi par des donations faites par divers particuliers, et aussi grâce à des dotations gouvernementales assez considérables. Les divers conservateurs de ce musée y ont aussi apporté beaucoup de soins, et M. Flower indique, chemin faisant, la part qui revient à chacun d'eux dans l'arrangement actuel.

Voici l'énumération des travaux de cette section :

Professeur J. Struthers, d'Aberdeen : *Sur les apophyses sus-condyliennes de l'humérus chez l'homme*, leur influence sur les tissus voisins, et leur importance au point de vue morphologique, chirurgical et anthropologique.

Professeur P. Lesshaft, de Saint-Pétersbourg : A) *Sur les causes qui déterminent la forme des os.* B) *Sur la situation de l'estomac, et les rapports qui existent entre sa forme et ses fonctions.*

Docteur Laura, de Turin : A) *Des origines profondes de quelques nerfs crâniens.* B) *Recherches sur la structure intime de la moelle épinière.*

---

qui lui échut, c'est-à-dire les *fièvres larvées*, question brûlante, alors qu'on était en plein épanouissement de la doctrine de Broussais, si singulièrement appelée *physiologique*; véritable médecine *Sangrado*, dont toute la thérapeutique consistait en sangsues, eau de gomme et diète. On sait combien peu de dissidents existaient alors et osaient se montrer tels; parmi ces derniers, on comptait le médecin de Tours, Bretonneau, auprès duquel notre jeune docteur avait fait ses premières armes et qui lui avait enseigné des doctrines si en désaccord avec celles du Val-de-Grâce.

Sa leçon dura une heure, autant qu'il m'en souvienne, et fut écoutée avec un grand recueillement par un amphithéâtre comble. A la fin de sa péroraison, c'était là le bouquet, Trousseau, se soulevant à moitié de son siège et se drapant dans sa toge, s'écrie avec un geste et une voix indignée : « *Eh quoi, Messieurs, vous hésitez* (parlant du sulfate de quinine dans les fièvres pernicieuses) *et déjà le malade a un pied dans la tombe!* » Puis il descend magistralement les trois ou quatre degrés de sa petite chaire au milieu des applaudissements frénétiques de tout l'auditoire. L'école de Broussais n'admettant qu'une maladie mère, la gastro-entérite, avait à peu près chassé les fièvres intermittentes du cadre nosologique, et regardait le sulfate de quinine et en général tous les médicaments comme des *agents incendiaires*.

M. Landré-Beauvais, notre excellent doyen, que vous nous avez si bien fait connaître, présidait la leçon, assis dans une chaire supérieure adossée comme l'inférieure à la grande porte qui ouvre sur le péristyle de la cour; il se lève alors, et des deux mains cherche à imposer un silence auquel il ne semblait pas beaucoup tenir à en juger par son air souriant.

A propos de ce bon M. Landré-Beauvais, je ne crois pas être indiscret en racontant ce que me disait un jour son fils en plein wagon dans lequel nous n'étions pas seuls.

Nous causions naturellement du père avec le fils, qui me fait également l'effet d'être un

Professeur Adamkievicz, de Cracovie : *Sur les petits vaisseaux de la moelle épinière.*

Professeur Hannover, de Copenhague : *Sur le cartilage primordial du crâne humain.*

Docteur J. Cunningham, d'Edimbourg : *De la relation qui existe entre la source d'innervation et l'homologie musculaire.*

Docteur Fœsebeck, de Brunswick : *De la portion motrice du nerf trijumeau.*

Professeur Benedikt, de Vienne : *La loi mathématique de la construction du crâne.*

Professeur Randacio, de Palerme : *Les relations du claustrum* (nucleus teniæformis) *avec le nerf olfactif.*

Docteur Howard, de New-York : *De l'élévation de l'épiglotte par la position.* Lorsqu'on met la tête dans l'extension forcée sur le cou, l'épiglotte est relevée instantanément aussi haut que possible. L'os hyoïde est tiré en avant et en haut par les muscles qui passent entre cet os et le maxillaire inférieur; l'épiglotte suit le mouvement de l'os hyoïde, grâce à ses attaches à cet os par le ligament hyo-épiglottique. L'auteur croit que c'est là le seul moyen d'élévation complète de l'épiglotte qui ait été accompli sur le malade insensible et dans la position dorsale.

Professeur Kolliker, de Würzbourg : *Du développement du mésoderme chez le lapin.* — Au nom du docteur Théodore Kolliker : *De l'os intermaxillaire de l'homme.*

M. E. H. Fenwick : *Les veines sous-cutanées du tronc,* leur anastomose avec celles des parties profondes, des membres, la veine-porte, etc.

Professeur John Struthers, d'Aberdeen : *Comparaison entre les Écoles d'anatomie anglaises et étrangères.* — Le but de cette communication est d'amener des améliorations dans les Écoles d'anatomie d'Angleterre, en établissant une comparaison entre ces écoles et les Universités étrangères, surtout celles d'Allemagne. L'auteur fait remarquer que les Instituts anatomiques d'Allemagne sont parfaitement organisés, que les professeurs d'anatomie se consacrent entièrement à l'étude de cette branche, enfin que l'enseignement est complet; il insiste sur le résultat de cette organisation, c'est-à-dire la très large part que les anatomistes allemands ont prise à notre époque dans les progrès des diverses branches de l'anatomie. Le système généralement suivi dans les Écoles anglaises, mis en regard du système allemand, lui est complètement inférieur, excepté au point de vue de l'anatomie chirurgicale. La méthode suivie dans les Écoles anatomiques d'Écosse est très analogue à celle adoptée en Allemagne.

L'auteur examine alors ce que, d'après lui, devraient être l'organisation et le but d'une École anatomique. L'anatomie devrait être enseignée aussi bien au point de vue morphologique qu'au point de vue chirurgical, aussi bien microscopiquement que macroscopiquement; le professeur devrait se consacrer entièrement à l'anatomie. Les méthodes employées en Écosse garantissent les progrès de l'étudiant. Ces différences existant dans le but et les méthodes des Instituts anatomiques en Allemagne, en Angleterre et en Écosse, doivent être attribuées, pour l'auteur, aux différents régimes universitaires de ces pays.

J'ai insisté un peu plus sur cette communication parce que nous sommes aussi, en France,

---

digne homme, et il me dit, comme vous l'avez avancé vous-même, qu'il était très religieux, il ajouta même *très clérical,* mais qu'il ne pouvait croire à l'enfer. Voilà donc, qui s'y serait attendu, notre pieux et pratiquant doyen, atteint et convaincu d'être libre penseur, car enfin cette qualification assez nouvelle englobe *ceux qui ne croient à rien et ceux qui ne croient pas à tout.* Triste abus de mots que des adversaires emploient dans le but de s'insulter, et qui n'ont souvent qu'une signification toute différente de celle qu'on veut leur faire dire. C'est comme en politique, combien de fois n'a-t-on pas entendu qualifier M. Thiers de communard!

Mais je m'arrête, car je m'aperçois que je n'ai pas mal allongé ce récit d'un fait minuscule, qui ne m'a paru devoir être rappelé qu'a cause de la haute individualité qu'il concerne.

Votre bien dévoué et affectionné confrère D[r] BOURGEOIS.

*
* *

J'espère, mes bien chers lecteurs, jeunes ou vieux, qu'en raison des vacances qui rendent la chronique bien pauvre, qu'en raison surtout de l'époque où viennent de se distribuer tant de prix et de couronnes, vous pardonnerez au vieux de prairial an XIII de vous avoir montré les récompenses que quelques-uns de vous m'ont décernées. C'est bien sur ce sujet de vaniteuse tendance qu'on a eu raison de dire que la vieillesse est une seconde jeunesse. N'en est-il pas de même, hélas! de l'intelligence?

D[r] SIMPLICE.

---

dans une période de réorganisation de notre enseignement anatomique, et aussi parce qu'il n'y est nullement question de ce que nous avons fait en France depuis quelques années. Notre enseignement actuel, qui se perfectionnera certainement encore, se rapproche beaucoup de celui que M. Struthers considère comme son idéal, mais il reste encore beaucoup à faire, et il faut bien avouer que nos constructions n'avancent pas vite.

Professeur Knott, de Dublin : *Les sinus cérébraux et leurs variations.*

Docteur G. Rein, de Saint-Pétersbourg : *Du développement de la glande mammaire.*

Docteur J.-G. Garson : *La pelvimétrie.* — Le but de ce travail est d'attirer l'attention sur la mensuration pelvienne, au point de vue des données les plus importantes pour la comparaison des bassins des différentes races humaines, et de l'adoption d'une méthode uniforme et facile pour la mensuration pelvienne. Les mensurations suivantes, dans l'ordre le plus favorable pour leur application, sont, pour l'auteur, les plus importantes : 1° longueur du sacrum; 2° largeur du sacrum; 3° largeur entre les épines antérieures et supérieures de l'os iliaque; 4° largeur entre les crêtes iliaques; 5° hauteur du bassin; 6° largeur de l'os iliaque; 7° distance minima entre les os iliaques en arrière du sacrum; 8° distance du bord postérieur de l'acétabulum à la symphyse; 9° profondeur pubio-ischiatique; 10° distance entre les limites internes des trous sus-pubiens; 11° diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur; 12° diamètre transverse du détroit supérieur; 13° diamètre transverse du détroit inférieur; 14° l'angle sous-pubien.

Docteur A. Lebedeff, de Saint-Pétersbourg : *Sur l'origine de l'anencéphalie et du spina-bifida chez les oiseaux et les hommes.*

Professeur His, de Leipzig : *Sur le point d'origine du développement de l'embryon.*

Quelques démonstrations ont été faites à l'aide de pièces. M. le professeur Tripier, de Lyon, a montré des préparations d'anatomie transparentes; le professeur Keen, de Philadelphie, a fait une communication sur l'emploi des modèles vivants dans l'enseignement de l'anatomie, et le professeur Hannover a présenté des préparations du *funiculus scleroticæ* de l'œil humain.

Comme vous le remarquerez probablement en parcourant cet aperçu rapide, M. Tripier est le seul Français qui ait pris part aux travaux de la section d'anatomie. On s'est fort étonné de l'absence de nos compatriotes anatomistes au Congrès de Londres, et nous partageons cet étonnement, que nous ne pouvons que regretter, et... signaler à qui de droit.

La section de physiologie avait proposé, pour être discutées en séances, les questions suivantes :

1° Des fonctions de la substance corticale du cerveau, et particulièrement de leur localisation. — 2° Théorie de la perception des couleurs. — 3° De la sécrétion rénale et de ses points de ressemblance avec les sécrétions des autres glandes. — Des changements histologiques qui se produisent dans les glandes pendant la sécrétion. — 4° De la forme de la courbe du pouls, étudiée au point de vue des causes qui produisent le pouls anocrote et le pouls dicrote. — 5° De la structure intime des cellules et des noyaux. — 6° Des produits de la digestion dans le canal alimentaire; état précis dans lequel ils sont absorbés. — 7° De la participation relative des hydrates de carbone et des matières albuminoïdes à la formation des corps gras. — 8° Du lieu ou des lieux de formation de l'urée et de son mode de production. — 9° Preuve physiologique de l'existence des nerfs trophiques. — Influence du système nerveux sur la température animale. — 10° Des fonctions du foie autres que la sécrétion de la bile. — 11° Extrémités périphériques des nerfs (à l'exception des nerfs auditifs, optiques et olfactifs). — 12° Du mécanisme qui règle et entretient les battements du cœur. — 13° Des fonctions de la substance grise de la moelle épinière. — 14° Du mécanisme nerveux de la respiration. — 15° Des nerfs vaso-dilatateurs. — 16° De la structure de la fibre musculaire.

Comme vous le voyez, toutes ces questions sont à l'ordre du jour des travaux scientifiques, et toutes présentent un grand intérêt. Nous signalerons en particulier les suivantes : *Sur le mécanisme régulateur de l'action du cœur,* ouverte par une leçon magistrale de notre excellent ami François Franck. — *Sur la chaleur animale*, ouverte par le professeur Wood, de Philadelphie. — *Sur les apparences microscopiques des muscles striés,* pendant le repos et pendant la contraction, ouverte par le professeur Rutherford. — *Sur la structure primitive des cellules,* ouverte par le docteur Klein.

Citons encore une communication sur les sensations des couleurs, par le professeur Donders; une démonstration sur les caractères physico-chimiques des lécithines, par M. Dastre, et diverses présentations d'instruments, par MM. Gaskell, Ewald, Fournier, Sheridan Lea, etc.

Peut-être ai-je passé dans cette lettre quelques noms et quelques travaux remarquables, mais je suis pressé par l'heure de la poste, et obligé de me borner à ce qui précède. Je reviendrai sur ces sections, s'il y a lieu, dans ma prochaine lettre.

L.-H. PETIT.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente une note de M. H. Toussaint, intitulée : *Infection tuberculeuse, par les liquides de sécrétion et la sérosité des pustules de vaccin.*

« La salive, le mucus nasal et l'urine d'animaux tuberculeux peuvent transmettre la tuberculose; pour les deux premiers liquides, la démonstration en a déjà été faite par M. Villemin, qui opérait de l'homme aux animaux; je ne connais aucune relation de transmission par l'urine.

C'est avec des sécrétions provenant d'une vache que les expériences suivantes ont été faites.

L'inoculation a été faite à la lancette, à la base de l'oreille de trois lapins, avec le liquide clair et visqueux qui s'écoule ordinairement de la narine de la vache tuberculeuse; deux semaines après l'opération, les lapins présentaient des tubercules locaux et déjà une augmentation de la consistance et du volume du ganglion parotidien; la maladie a suivi sa marche habituelle; le soixante-dixième jour après l'inoculation les animaux ont été tués, et tous présentaient une quantité considérable de tubercules dans le poumon, dont quelques-uns montraient déjà de la matière caséeuse au centre; le plus grand nombre était encore à l'état de granulation grise.

Des expériences semblables ont été faites le même jour avec la salive retirée de la bouche de la vache tuberculeuse : elles ont donné des résultats semblables; je dois dire cependant que dans ce dernier cas les lésions pulmonaires étaient un peu moins avancées, le tubercule local était peu apparent à travers la peau, mais le ganglion accusait nettement son existence et on le trouvait très petit dans le tissu conjonctif sous-cutané.

Une injection de quelques gouttes d'urine de truie a été faite à la base de l'oreille d'un lapin presque adulte. Après quelques semaines, ce lapin a commencé à maigrir, et il est mort, après quatre mois, de pneumonie caséeuse.

On peut tirer, je pense, de ces expériences des conséquences importantes au point de vue des précautions hygiéniques à prendre dans les abreuvoirs publics. Il arrive aussi que dans les laiteries les animaux de l'espèce bovine qui sont renfermés dans une même étable, très rapprochés généralement, deviennent successivement tuberculeux, ce qu'ils accusent surtout par la toux, l'embonpoint restant communément assez bon, vu la nourriture qui leur est donnée. On cherche à expliquer souvent ce fait par des conditions communes d'air, de lumière et d'alimentation. J'estime qu'il y a plus que des situations hygiéniques, et que dans la plupart des cas il y a contagion. Dans ses belles recherches sur l'infection par les voies digestives, M. Chauveau a parlé de l'infection par l'usage d'un baquet commun chez des génisses. J'ai moi-même signalé un fait de ce genre chez le porc. Or les animaux qui vivent dans les étables boivent et mangent dans des vases communs; on ne fait pas la moindre différence entre les animaux atteints de phthisie et ceux qui n'en présentent pas les symptômes, et il s'ensuit, en raison des contacts médiats ou immédiats, que la contagion passe inaperçue.

Sur la même vache tuberculeuse j'ai institué des expériences qui me paraissent avoir une certaine importauce au point de vue de la contagion qui peut résulter de la vaccination, lorsque le vaccin a été pris sur un sujet tuberculeux.

Avec le vaccin recueilli sur une belle pustule d'un enfant en excellente santé et provenant de parents robustes, j'ai fait à cette vache sept piqûres autour de la vulve. Quelques jours après, les pustules se montraient en nombre égal aux inoculations. Le septième et le huitième jour, ces pustules étant ombiliquées, j'inoculai la sérosité à quatre lapins et à un porc; deux lapins tués deux mois après ont montré toutes les lésions de la tuberculose, tubercule local ganglionnaire et pulmonaire; le porc présente en ce moment un tubercule local bien développé : il ne sera tué que plus tard, mais il est certain qu'actuellement il y a déjà généralisation et qu'il est tuberculeux.

Au moment où la vaccination peut devenir obligatoire et avec les tendances actuelles, qui sont de faire passer le vaccin par les animaux de l'espèce bovine, il est nécessaire de bien choisir les sujets qui devront être les producteurs du vaccin. Ce n'est qu'après un sérieux examen de toutes les conditions par lesquelles a passé l'animal qu'il pourra être inoculé et servir à la reproduction du vaccin. Cet examen devra aussi être fait chez tous les enfants ou adultes dont les pustules doivent fournir l'élément nécessaire aux vaccinations. »

M. Vulpian croit qu'il ne faut accepter que sous toutes réserves les conclusions que M. Toussaint a tirées de ses recherches. On sait que, chez le lapin, on a pu déterminer la tuberculose expérimentale dans des conditions très diverses, et en particulier sans introduction d'une matière animale quelconque dans l'organisme de cet animal. Il faudrait donc, pour

que les faits observés par M. Toussaint fussent à l'abri de toute contestation, qu'ils eussent été reproduits un grand nombre de fois avec les mêmes résultats et. autant que possible, sur des animaux autres que le lapin et le porc.

M. H. Duboué communique une note sur la rage.

« Dans un travail intitulé : *De la physiologie pathologique et du traitement rationnel de la rage*, que j'ai publié en 1879, je me suis efforcé de prouver, en invoquant sans cesse les données déjà assez nombreuses fournies par l'anatomie pathologique, la statistique et la physiologie expérimentale elle-même, que le virus rabique, loin d'être absorbé, comme on le croyait et comme on le croit encore généralement, se propage depuis le point d'inoculation jusqu'au bulbe rachidien, en suivant certaines des fibres nerveuses qui relient ce centre nerveux à toutes les parties du corps. Après avoir cherché inutilement, comme les nombreux expérimentateurs qui l'avaient précédé, à inoculer le virus rabique par le sang, M. Pasteur s'est livré récemment à de nouvelles expériences qui, cette fois, lui ont donné un plein succès ; il déclare lui même qu'elles lui ont été suggérées par l'hypothèse de la transmission du virus de la rage par les nerfs. Cette théorie nerveuse ne m'appartient pas sans doute, pas plus que les données multiples sur lesquelles elle s'appuie, et j'ai eu soin de le déclarer expressément; mais, en coordonnant les documents épars qui existaient déjà dans la science, j'ai été le premier à en établir et à en montrer le fondement solide.

Quoique M. Pasteur ait bien voulu prêter l'autorité de son nom à la valeur de cette théorie, et aux efforts que j'ai faits pour la remettre en vigueur, je prends la liberté de rappeler à l'Académie quels sont mes titres dans cette question si importante, dont se préoccupent à bon droit les physiologistes et les médecins qui croient devoir l'éclairer par des expériences nouvelles. »

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

Du traitement du décollement rétinien par le nitrate de pilocarpine, par le docteur P. Josso. — Paris, 1881, O. Doin.

M. P. Josso, ancien interne des hôpitaux de Nantes, a étudié la question qu'il traite dans sa thèse inaugurale pendant qu'il remplissait les fonctions de chef de clinique au dispensaire ophthalmologique de l'École de Nantes, sous la direction de M. le professeur Dianoux. Il établit que rien encore n'avait été publié sur ce sujet et que personne n'avait songé au traitement du décollement rétinien par les seules injections sous-cutanées de pilocarpine, à l'époque où ce maître distingué commença ses expériences et lui en communiqua les résultats.

Le travail de notre confrère se divise en quatre parties. Dans la première, l'auteur donne un court aperçu des différents moyens employés jusqu'ici contre le décollement de la rétine. Dans la seconde, il établit, avec observations et champs visuels à l'appui, la possibilité de la guérison, et donne ses idées sur le mode d'action du médicament. Un court parallèle de cette méthode et des anciens procédés, avec les avantages et les inconvénients de chacun d'eux, fait l'objet d'un troisième article. En quatrième lieu viennent les conclusions.

D'après les faits rapportés dans cette thèse, « les décollements de la rétine peuvent guérir d'une façon complète et permanente par les injections de pilocarpine, et tous sont considérablement améliorés.

« L'action de la pilocarpine est égale à peu près dans tous les cas, dans toutes les variétés (myopie avec ou sans scléro-choroïdite, excès de travail, refroidissement).

« L'intervention même tardive peut être utile. Les résultats ont presque tous été heureux, — 15 sur 16.

« Le traitement a une action rapide et prolongée; tous les cas ont été influencés heureusement avant la dixième injection. »

A ces propositions déjà formulées par son maître, M. Josso ajoute les suivantes :

« La méthode de M. le professeur Dianoux est celle qui donne les plus beaux résultats définitifs.

« Dans les décollements rétiniens, quels qu'ils soient, il faut avant toute autre chose employer les injections méthodiques de pilocarpine, et ne pas se laisser décourager si le premier résultat obtenu n'est pas aussi brillant qu'on l'avait rêvé.

« L'intervention chirurgicale ne doit plus exister que comme dernière ressourcé, dans les cas tout à fait sans espoir ou complètement rebelles au traitement par la pilocarpine. »

On voit que M. Josso a pour l'agent qu'il préconise une grande vénération. Toutefois son plaidoyer, consciencieux et habile, se termine ainsi : « Nous n'avons point la prétention d'affirmer que cette méthode soit parfaite de tous points et qu'il n'y ait rien à y changer, car il

est bien rare qu'on soit parfait dès sa naissance. » Mais il faut que la méthode nouvelle soit vulgarisée, afin que chacun lui fasse faire un pas en avant.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux conclusions et aux sages réserves de l'auteur, comme au soin avec lequel ont été recueillis les faits intéressants qui composent ce travail. — L.-G. R.

## CORRESPONDANCE

Les Eaux-Bonnes, ce 13 août 1881.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi d'avoir recours à la publicité de votre estimable journal pour vous prier d'informer vos lecteurs et mes honorables confrères que je n'ai jamais eu rien de commun avec le docteur Cazenave, dont le nom figure depuis quelque temps à la quatrième page des journaux politiques. Vous comprendrez facilement, je n'en doute pas, le sentiment qui dicte ma réclamation.

Agréez, etc.

Dr CAZENAVE DE LA ROCHE,
Médecin des Eaux-Bonnes.

## FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LES PLAQUES MUQUEUSES. — FOURNIER.

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent cristallisé . . . . . . . . | 0 gr 50 centigr. |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . . | 75 grammes. |

Faites dissoudre. Cette solution est conseillée pour le pansement des plaques muqueuses ulcérées. On augmente la proportion de nitrate d'argent, s'il y a lieu.

Les plaques muqueuses de la bouche peuvent être cautérisées avec le nitrate acide de mercure, pourvu qu'on ait la précaution de ne toucher la plaie qu'avec une quantité très faible de ce caustique. Immédiatement après l'opération, le malade se gargarisera avec une décoction émolliente. Si une seconde cautérisation est nécessaire, on laisse écouler 6 ou 7 jours avant d'y revenir. — Dans les cas légers, on se contente de toucher la plaque muqueuse avec une solution de nitrate d'argent. — N. G.

## COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Un brillant concours vient d'avoir lieu à l'hôpita Saint-André, pour la nomination d'un médecin des hôpitaux. Deux agrégés de la Faculté, récemment nommés au concours, ont pris part à cette lutte, qui s'est terminée par le succès de M. le docteur Arnozan. Le jury a vivement félicité M. Rondot des qualités sérieuses qu'il a montrées dans toutes les épreuves, et qui fait regretter qu'une seule place ait été vacante.

— Par arrêté du 19 juillet 1881, M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a déclaré vacante la chaire d'anatomie générale et histologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCLAIRAGE ÉLECTRIQUE SUR LES LOCOMOTIVES. — Dans la nuit du 19 au 20 mars, un voyage d'essai a été fait en Autriche, sur la ligne Saint-Michel-Leoben, avec une locomotive portant un foyer électrique.

La machine électrique était logée sur la chaudière qui lui fournissait la force motrice. La lampe était fixée de manière à être manœuvrée par le mécanicien qui pouvait explorer la voie à distance, reconnaître les ouvrages d'art, les courbes, etc...

Les expériences tentées jusqu'ici n'avaient pas bien réussi à cause de la difficulté d'obtenir une lumière régulière et continue, les trépidations de la machine amenant la rupture fréquente des crayons de l'appareil. La lampe construite par M. Sedlaczeck a parfaitement triomphé des épreuves du voyage. La lumière était fixe et on pouvait distinguer les moindres détails sur toute la largeur de la voie à une distance de 400 mètres; les signaux étaient visibles de loin avec une grande netteté. (*Les Mondes.*)

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## AVRIL, MAI ET JUIN 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 août 1881,

Par M. Ernest BESNIER.

Messieurs,

Les caractères de la constitution atmosphérique du second trimestre de l'année 1881 ont présenté les particularités suivantes :

La TEMPÉRATURE MOYENNE, 13°,1 centigrades, est notablement inférieure à la moyenne de la période correspondante qui est représentée par 13°,8.

La HAUTEUR DE PLUIE tombée, qui avait été pendant le premier trimestre supérieure à la moyenne, s'est abaissée au-dessous du niveau ordinaire ; elle n'a été que de 112$^{mm}$.

La TENSION ÉLECTRIQUE est restée assez faible.

Les vents prédominants ont soufflé de l'est en avril, du nord-est en mai, et de l'ouest en juin.

TABLEAU indiquant les principaux caractères de l'état atmosphérique observé à Paris pendant le second trimestre de 1881 (1).

| 1881 — MOIS | THERMOMÉTRIE (centigr.) Moy. des minima. | Moy. des maxima | Écart. | Moyenne. | BAROMÉTRIE — Pres. moy. à 0° (2) à midi | HYGROMÉTRIE Humidité atmosph. | Hauteurs de pluie. | ÉLECTROMÉTRIE — Tens. moy. (Élém. D$^{ll}$) | ANÉMOGRAPHIE — VENTS dominants |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | MM. | | |
| Avril....... | 4,9 | 14,1 | 9,2 | 9,5 | 752,4 | 75 | 42,8 | + 31 | E |
| Mai......... | 8,3 | 18,4 | 10,1 | 13,4 | 757,9 | 60 | 34,6 | + 24 | NE |
| Juin........ | 11,0 | 21,5 | 10,5 | 16,3 | 755,5 | 64 | 34,7 | + 43 | O |
| Moy., totaux. | 8,1 | 18,0 | 9,9 | 13,1 | 755,3 | 66 | 112,1 | + 33 | |

(1) D'après les documents recueillis à l'observatoire de Montsouris, sous la direction de M. MARIÉ-DAVY. — (2) Hauteur moyenne normale du baromètre = 755.0.

La MORTALITÉ GÉNÉRALE a subi une atténuation très remarquable, si on la compare à celle de la période correspondante de l'année précédente, où les suites d'un hiver exceptionnellement excessif, et le progrès hivernal régulier de l'épidémie variolique avaient élevé la courbe mortuaire à un niveau qu'elle n'avait pas encore atteint sous la seule influence des conditions saisonnières. La mortalité du second trimestre de l'année 1881, bien que supérieure à la moyenne correspondante des neuf années précédentes, ne présente qu'un excédant relativement faible, et elle peut être considérée comme régulière et normale.

| MORTALITÉ GÉNÉRALE des Hôpitaux et Hospices civils DE PARIS — II$^e$ TRIMESTRE 1881 | DÉCÈS PAR MOIS Avril | Mai | Juin | TOTAUX du 2$^e$ trim. de 1881 | Mortalité moyenne du trim. corresp. des 9 années précédentes. | ÉCART. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hôpitaux.......... | 1207 | 743 | 1077 | 3027 | 2770 | + 257 |
| Hospices.......... | 215 | 216 | 166 | 597 | 568 | + 29 |
| Totaux....... | 1422 | 959 | 1243 | 3624 | 3338 | 286 |

## I. — AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

La phthisie pulmonaire exceptée, dont la léthalité est régulièrement et progressivement croissante d'année en année, les affections des voies respiratoires n'ont pas dépassé le chiffre moyen de la période saisonnière correspondante, et leur coefficient mortuaire ne s'est pas élevé au-dessus du chiffre moyen propre à la population nosocomiale, lequel est, ainsi que je l'ai maintes fois établi, tout exceptionnel, et toujours supérieur à la moyenne générale.

| AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES DANS les Hôpitaux et Hospices civils de Paris. — II^e TRIMESTRE 1881 | SECOND TRIMESTRE DE 1881 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Avril | | Mai | | Juin | | TOTAUX | | |
| | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Mouv | Décès | P.p. 100 |
| Phthisie pulmonaire (1) | 521 | 280 | 579 | 343 | 489 | 256 | 1589 | 879 | » |
| Pneumonies (2) | 274 | 89 | 284 | 100 | 251 | 74 | 809 | 263 | 32 |
| Bronchites (3) | 490 | 34 | 516 | 24 | 444 | 19 | 1450 | 77 | 5 |
| Pleurésies (4) | 140 | 16 | 171 | 18 | 144 | 9 | 455 | 43 | 9 |

(1-2-3-4) Voyez les notes annexées au tableau du premier trimestre de chaque année.

HÔPITAL COCHIN. — M. Bucquoy : « Le second trimestre de 1881 ne m'a présenté, au point de vue de la constitution médicale, rien de bien accentué; peut-être moins d'affections aiguës qu'ordinairement à cette époque de l'année, surtout beaucoup moins d'affections aiguës de poitrine.

J'ai été frappé, en effet, du petit nombre de *pneumonies*, 5 seulement dans un service très actif pour le trimestre entier. C'étaient des *pleuro-pneumonies* de moyenne intensité, sauf un cas où le passage à l'hépatisation grise se fit avec une très grande rapidité. Ce fut le seul cas de mort.

Les *pleurésies* furent plus nombreuses. J'en compte 9, ayant dans la première partie du trimestre, avril et mai, le caractère des *pleurésies catarrhales*, c'est-à-dire des pleurésies à épanchement médiocre, de moyenne intensité, et d'assez courte durée.

Deux de ces pleurésies, en juin, furent des *pleurésies à vaste épanchement*, qui nécessitèrent la ponction. Comme j'ai l'habitude de le faire, j'évacuai complètement le liquide (dans un cas, 2,700 c. c.), la guérison a été obtenue sans que le liquide se soit reproduit. »

## II. — DIPHTHÉRIE.

### 1° Statistique de la ville.

L'épidémie de diphthérie reste intense et grave; cependant le chiffre des décès

| Diphthérie à Paris par mois et par arrondissement. — I^er ET II^e TRIMESTRES. — 1881 | 1 Louvre. | 2 Bourse. | 3 Temple. | 4 Hôtel-de-Ville. | 5 Panthéon. | 6 Luxembourg. | 7 Palais-Bourbon. | 8 Elysée. | 9 Opéra. | 10 Saint-Laurent. | 11 Popincourt. | 12 Reuilly. | 13 Gobelins. | 14 Observatoire. | 15 Vaugirard. | 16 Passy. | 17 Batignolles. | 18 Montmartre. | 19 Chaumont. | 20 Ménilmontant. | TOTAUX MENSUELS (1) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Premier trimestre. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Janvier | 6 | 6 | 14 | 9 | 7 | 5 | 6 | 3 | 4 | 9 | 23 | 8 | 8 | 10 | 6 | 3 | 7 | 10 | 17 | 15 | 176 |
| Février | 6 | 6 | 7 | 8 | 9 | 4 | » | 3 | 1 | 13 | 17 | 9 | 6 | 12 | 5 | 5 | 8 | 10 | 9 | 13 | 151 |
| Mars | 7 | 4 | 14 | 11 | 5 | 7 | 6 | » | 7 | 20 | 28 | 15 | 15 | 10 | 15 | 1 | 10 | 12 | 12 | 17 | 216 |
| Totaux | 19 | 16 | 35 | 28 | 21 | 16 | 12 | 6 | 12 | 42 | 68 | 32 | 29 | 32 | 26 | 9 | 25 | 32 | 38 | 45 | 543 |
| Deuxième trimestre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avril | 1 | 5 | 8 | 12 | 6 | 6 | 7 | 1 | 3 | 20 | 20 | 10 | 13 | 13 | 14 | 4 | 15 | 19 | 15 | 20 | 212 |
| Mai | 6 | 4 | 7 | 7 | 5 | 8 | 11 | 7 | 3 | 5 | 19 | 6 | 11 | 7 | 20 | 1 | 7 | 16 | 8 | 9 | 165 |
| Juin | 5 | 7 | 11 | 9 | 7 | 8 | 5 | 2 | 2 | 6 | 24 | 20 | 7 | 7 | 18 | 3 | 8 | 9 | 9 | 9 | 176 |
| Totaux | 12 | 16 | 26 | 28 | 18 | 22 | 23 | 10 | 8 | 31 | 63 | 36 | 31 | 27 | 52 | 8 | 30 | 44 | 32 | 38 | 553 |

(1) Il faut ajouter, pour les domiciliés hors Paris, 9 décès en janvier; 12 en février; 4 en mars; 8 en avril; 5 en mai; 7 en juin. Nous négligeons ces décès (à cause de la nature comparative de nos recherches) parce qu'ils n'étaient pas antérieurement comptés dans la statistique de la ville de Paris.

diphthéritiques du second trimestre de 1881 n'est pas plus élevé que celui de l'année précédente. On se rappellera que, selon nos observations, le deuxième trimestre est l'époque normale du paroxysme diphthéritique annuel, et que l'on peut compter sur une atténuation dans le trimestre suivant.

**2° Statistique des hôpitaux.**

Cet accroissement incessant de la diphthérie, que nous ne cessons de signaler depuis le moment précis où la courbe multi-annuelle de cette affection a commencé à s'élever, retentit cruellement sur le personnel médical de nos hôpitaux; les élèves de tout ordre, les internes surtout, payent un tribut croissant à la diphthérie contractée au contact des petits malades, et nous avons encore un nom à ajouter à notre martyrologe. Clozel de Boyer a succombé à une angine diphthéritique contractée à l'hôpital des Enfants-Assistés, dans le service du professeur Parrot, au moment précis où il allait commencer à retirer le fruit d'une suite déjà longue d'années de travail opiniâtre.

Une semblable mort est lamentable entre toutes; glorieuse sans contredit, je le constate hautement. Mais enfin suffit-il de verser des larmes et de jeter des couronnes sur la tombe de nos malheureux élèves ainsi frappés, et ne faut-il pas au moins tenter de prendre quelque mesure pour lutter contre cette effroyable mortalité. Alors qu'on n'extirpe plus la plus petite tumeur sans les infinies précautions que chacun sait, et dans un nuage d'acide phénique, pourquoi ne pas prendre plus souci de ceux de nos élèves qui soignent les diphthériques? Ne faut-il pas introduire, dans la pratique des autopsies, certains procédés obligatoires de désinfection? et le nuage phéniqué ne devrait-il pas être là de rigueur? De rigueur encore dans les trachéotomies. Puisque l'opérateur et les aides avant une amputation prennent d'infinies précautions pour ne pas infecter le malade, le médecin ne doit-il pas se préserver lui-même contre l'infection diphthéritique? Des gargarismes phéniqués, des lotions phéniquées, des lavages de la face et des mains, le changement et la désinfection des vêtements, ne sont-ils pas des mesures pratiques qui devraient être rendues obligatoires? Je saisis cette occasion d'exprimer à nouveau un sentiment que j'ai déjà formulé sans trouver d'écho, à savoir qu'après les regrets et les larmes prodigués à nos malheureux élèves, il est nécessaire enfin d'agir et d'agir énergiquement. Ne pouvant guérir la diphthérie il faut, dans tous les points et à tous les degrés, tâcher de sauvegarder les personnes qui se dévouent au soin des malades en luttant avec énergie contre la contagion. Je n'hésite donc pas à proposer formellement à la Société des hôpitaux, à qui cela incombe, la nomination d'une commission spéciale chargée d'étudier cette question et d'en présenter l'étude devant vous. Il me semble que cette commission devrait réunir tous ceux de nos collègues qui sont attachés aux hôpitaux de l'enfance qui sont le mieux à même de traiter en toute compétence ce sujet véritablement urgent, et à qui nous faisons directement appel.

| Diphthérie dans les hôpitaux de Paris — CROUP ET DIPHTHÉRIE — Mouvement. — Décès. — Proport. cent. IIe TRIMESTRE 1881 | AVRIL | | MAI | | JUIN | | TOTAUX TRIMESTRIELS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Prop. p. 100 |
| Diphthérie | 39 | 19 | 52 | 28 | 59 | 22 | 150 | 70 | 46 |
| Croup | 70 | 52 | 67 | 45 | 56 | 45 | 193 | 142 | 73 |
| Totaux | 109 | 71 | 119 | 73 | 115 | 68 | 343 | 212 | 61 |

| Diphthérie dans les hôpitaux de Paris — Croup et Diphthérie — Age. — Sexe. IIe TRIMESTRE 1881 | Adultes | | | | | | Enfants | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | HOMMES | | | FEMMES | | | GARÇONS | | | FILLES | | |
| | Mouv | Décès | P. p. 100 | Mouv | Décès | P. p. 100 | Mouv | Décès | P. p. 100 | Mouv | Décès | P. p. 100 |
| Diphthérie.......... | 10 | 5 | 50 | 8 | 2 | 25 | 71 | 46 | 64 | 61 | 27 | 44 |
| Croup.............. | 1 | 1 | » | 1 | 1 | » | 102 | 73 | 71 | 99 | 67 | 67 |
| Totaux..... | 11 | 6 | 54 | 9 | 3 | 33 | 173 | 119 | 68 | 160 | 94 | 60 |

HÔPITAL TROUSSEAU : M. Bergeron. — Statistique des cas de diphthérie pour les mois de mai et juin 1881, par M. A. Netter, interne du service.

« Le nombre des enfants entrés pour diphthérie au pavillon d'isolement, du 1er mai au 30 juin, est de 102 : garçons, 50 ; filles, 52.

Ce total se décompose en :

| | Garçons. | Filles. | Total. |
|---|---|---|---|
| Angines sans croup ......... | 23 | 23 | 46 |
| Croups opérés.............. | 18 | 23 | 41 |
| Croups non opérés.......... | 7 | 6 | 13 |
| Diphthérie cutanée.......... | 2 | 0 | 2 |
| | 50 | 52 | 102 |

Les décès se sont élevés à 52, se décomposant en :

| | Garçons. | Filles. | Total. |
|---|---|---|---|
| Angines sans croup ......... | 5 | 3 | 8 |
| Croups opérés.............. | 18 | 18 (1) | 36 |
| Croups non opérés.......... | 4 | 3 | 7 |
| Diphthérie cutanée.......... | 1 | 0 | 1 |
| | 28 | 24 | 52 |

Les enfants sortis guéris sont au nombre de 49 :

| | Garçons. | Filles. | Total. |
|---|---|---|---|
| Angines sans croup ......... | 18 | 20 | 38 |
| Croups opérés.............. | 0 | 4 | 4 |
| Croups non opérés.......... | 3 | 3 | 6 |
| Diphthérie cutanée.......... | 1 | 0 | 1 |
| | 22 | 27 | 49 |

La proportion totale des guérisons est donc à peu près de 50 p. 100 ; un peu plus favorable chez les filles.

La proportion des guérisons dans les cas d'angine sans croup est de 84 p. 100 ; 82 p. 100 chez les garçons, 87 p. 100 chez les filles.

Pour les croups, la proportion brute est de 18 p. 100, dont 24 p. 100 chez les filles, 12 p. 100 chez les garçons.

Pour les croups opérés, la proportion tombe à 10 p. 100, dont *zéro* pour les garçons et 18 chez les filles.

Pour les non opérés, elle est de 0,50.

*Angines.* — La statistique pour les angines n'est pas trop défavorable. Beaucoup d'angines ont guéri qui s'annonçaient comme malignes : fétidité extrême, gonflement marqué, fausses membranes noirâtres, épistaxis et coryza spécifique (5 cas).

Une angine a été atteinte de pleurésie dès le début. Cette pleurésie a guéri. L'enfant, à son départ, conservait seulement de la rétraction du thorax du côté droit.

6 angines ont guéri malgré la coïncidence de scarlatine. Il y eut, de plus, 2 cas de scarlatine coïncidant avec des croups morts et 1 cas de scarlatine apparaissant chez une petite fille le lendemain d'une trachéotomie. Cette enfant peut être considérée comme guérie.

Nous devons remarquer, à propos de ces 9 cas, que, malgré l'impossibilité d'isoler ces

(1) Il faut ajouter sans doute une enfant opérée, ayant une broncho-pneumonie, et emmenée par les parents. Elle est comprise ici.

enfants, nous n'avons observé aucun cas de diphthérie contractée dans les salles; que la scarlatine, deux fois, a apparu quelques jours après l'angine; que, dans la même famille, nous avons vu 3 enfants ayant l'un scarlatine et diphthérie, l'autre diphthérie seulement, le troisième scarlatine.

3 cas d'angine pultacée scarlatineuse, qui ont passé dans notre service, ne figurent à aucun titre dans cette statistique.

L'albuminurie existait dans un quart des cas, la paralysie du voile du palais dans un sixième, mais ordinairement temporaire, et deux fois seulement nécessitant les électrisations.

Quant aux décès, ils ont été dus : une fois à la rougeole (garçon); une fois à une pneumonie (fille); trois fois à une forme toxique; deux fois à des accidents de paralysie bulbaire (arrêt du cœur et des respirateurs).

Dans un de ces cas, la mort a été extrêmement rapide. Dans l'autre, les accidents ont été en se répétant et s'aggravant pendant trente-six heures. Les injections d'éther, le rhum, les électrisations ne purent empêcher la terminaison fatale.

Nous observâmes encore une fois cette complication dans un cas de diphthérie cutanée sans angine ni croup.

Le dernier décès d'enfant atteint d'angine diphthérique ne saurait nullement être mis au compte de cette affection. Il est dû à la méningite tuberculeuse.

*Croups.* — Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur les croups non opérés.

Dans les 6 cas de guérison, l'indication d'intervenir ne se posa jamais. Il nous est permis cependant d'y voir de vrais croups, car cinq fois il y avait angine et, dans le sixième cas, l'enfant avait une sœur malade d'angine diphthérique. Quant aux malades morts sans opération, il s'agissait une fois de rougeole avec broncho-pneumonie; une fois de scarlatine avec coryza et bubons; une fois il y avait en même temps diphthérie cutanée, conjonctivite diphthérique avec fonte d'un œil. 3 autres cas avaient été amenés mourants, et avec des angines toxiques.

Croups opérés. — La mort est survenue généralement du lendemain de l'opération au troisième jour. A l'autopsie, on retrouvait de la diphthérie bronchique et des noyaux de broncho-pneumonie.

La mortalité est aussi élevée à cause de la règle qui existe à l'hôpital Trousseau de n'admettre aucune contre-indication à l'opération toutes les fois qu'il y a obstacle laryngé pouvant à lui seul entraîner la mort.

On eût pu, notamment chez les filles, améliorer la statistique en n'opérant pas les cas suivants, dans lesquels, avant la trachéotomie, on ne pouvait guère espérer la guérison :

Rougeole, 1 fille, 1 garçon. — Scarlatine, 2 f., 1 g. — Broncho-pneumonie diagnostiquée avant l'opération, 3 f., 2 g. — Forme toxique, 4 f., 6 g. — Jeune âge (11 mois; 16 mois), 2 f., 3 g. — Total : 12.

En n'opérant pas ces 12 cas, la proportion des guérisons aux filles eût été de 37 pour 100, plus du tiers.

Les faits où la broncho-pneumonie a été diagnostiquée avant d'opérer prouvent combien l'on a tort dans toutes les pneumonies de les rapporter à l'opération.

Les 4 enfants guéries avaient 8 ans, 3 ans, 4 ans 1/2 et 4 ans. L'une put partir déjà au bout de quinze jours; la deuxième après trois semaines; la troisième séjourna quatre semaines (elle a présenté pendant très longtemps des signes de bronchite); la dernière n'a pas encore quitté l'hôpital, où on la gardera six semaines à cause de la scarlatine qui a coïncidé.

Un enfant entré le 15 juin pour angine était tout à fait guéri quand, le 28, apparut du croup pour lequel il fut opéré le lendemain, et dont il mourut le quatrième jour.

Une petite fille, qui est portée dans notre statistique comme angine guérie, présenta un autre cas de croup retardé, car, le 8 juillet, elle rentrait après dix jours pour le croup et dut être opérée aussitôt. Elle est en voie de guérison.

Comparée à la statistique des deux derniers mois de 1880, la présente est bien plus favorable. Les angines ont été bien moins souvent mortelles : 84 p. 100 guéries au lieu de 29. Pour les croups opérés, la différence est peu marquée : 1880, 12 p. 100; 1881, 10 p. 100. »

*(A suivre dans un prochain numéro.)*

## JOURNAL DES JOURNAUX

*De l'irrigation stomacale. Son application à la thérapeutique des empoisonnements et considérations sur un empoisonnement par l'acide phénique à haute dose guéri par ce procédé*, par le docteur Arnot, médecin aide-major de 1re classe. — Appliquer le lavage stomacal aux cas d'empoisonnement aigu, alors que les vomissements sont impossibles est assurément un moyen ingénieux d'intervention rapide, pourvu, bien entendu, que la substance toxique

soit restée dans la poche stomacale sans franchir le pylore. L'expulsion immédiate du poison, quand elle est possible, est bien préférable à l'action souvent incertaine et douteuse des contre-poisons. Telle était l'opinion de Devergie et de Forget; telle est celle de tous médecins. La pompe stomacale, qui a l'avantage d'agir plus rapidement que le siphon, a donné de bons résultats dans des cas d'empoisonnement par l'ingestion d'opium et d'acide phénique. Il est probable que, dans des mains habiles, ce procédé donnera encore d'excellents résultats, à condition d'être mis en action le plus promptement possible après l'accident.

L'auteur étudie, à ce propos, les phénomènes de l'empoisonnement par l'ingestion d'acide phénique et donne les résultats encore inédits des recherches physiologiques du docteur Benech sur ce sujet. Dans l'injection intra-veineuse d'acide phénique, ce dernier a constaté la production de convulsions caractéristiques et un abaissement de la température générale du corps. L'élévation thermique qu'on avait signalée résultait d'une erreur. Elle était due à la chaleur produite par le travail mécanique musculaire pendant les convulsions, conformément aux recherches de Hirn, Leyden et Kuhne. De plus, il existe des selles sanguinolentes, des hémorrhagies capillaires, de la stupeur. Les vomissements n'existent que si l'acide phénique est absorbé à faibles doses, par les plaies par exemple (Verneuil) ou dans les frictions (Lyhtfort). Mais, ingéré dans l'estomac, même à faibles doses, il irrite cet organe, et loin de provoquer les vomissements les rend plus difficiles. De là l'impossibilité, dans ce cas, de faire usage des vomitifs et les indications d'employer l'irrigation stomacale dès le début des accidents. (*Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaire*, t. XXVII, p. 185, n° 201, 1881.) — Ch. É.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1881. — Présidence de M. Charrier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux périodiques de la qninzaine.

Une brochure du docteur Schiffert, assistant à l'Université de Liège, intitulée : *Contribution à l'étude des maladies du larynx. Syphilis laryngée compliquée de paralysie respiratoire.*

*La Revue des travaux scientifiques*, fascicules de janvier et de février 1881 envoyés par le ministère de l'instruction publique, en échange des *Bulletins* de la Société de médecine de Paris, années 1878 et 1879, déposés par le secrétaire général.

Un exemplaire du tirage à part de l'observation de M. Thévenot, sur la double insertion vélamenteuse du cordon dans un cas de grossesse gémellaire.

M. Abadie fait hommage à la Société de ses *Leçons cliniques ophthalmologiques*, recueillies par le docteur Parenteau.

M. le docteur Caradec fils (de Brest) envoie à l'appui da sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé : *Considérations sommaires sur le pouls et la température dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde à Brest en* 1880.

—

Au nom d'une commission composée de MM. Reliquet, Jules Besnier et Leudet, rapporteur, ce dernier présente les conclusions suivantes, qui sont votées et adoptées à l'unanimité :

Notre collègue M. Lolliot a demandé à échanger son titre de membre titulaire contre celui de correspondant, ce qui est conforme au règlement, puisque M. Lolliot n'habite plus Paris, mais, aux termes de nos statuts, il reste, jusqu'au jour de sa nomination comme correspondant, soumis aux obligations des membres titulaires.

M. le secrétaire général est chargé d'écrire en ces termes à M. Lolliot.

—

M. Thorens lit, au nom d'une commission composée de MM. Reliquet et J. Besnier, un rapport sur une *Observation d'angine de poitrine causée par le tabagisme.*

Dans notre dernière séance, M. le docteur Gaston Graux, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société clinique de Paris, nous a donné lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris, d'une observation d'angine de poitrine due à l'influence de la fumée de tabac.

Le malade, homme intelligent, décrivait parfaitement les sensations qu'il éprouvait. Il était

pris subitement d'une douleur atroce dans la région cardiaque, avec sensation d'arrêt et de pincement du cœur, et était obligé de s'arrêter, de prendre un point d'appui, ordinairement de maintenir le coude gauche fixé au corps par la main droite, de suspendre sa respiration ou de respirer à peine, tant était grande la douleur; il accusait en outre une irradiation très douloureuse dans l'épaule, le bras et la main gauche, surtout dans le petit doigt qui était engourdi et le siège de fourmillements. Cette description ne manque aucun des symptômes classiques de l'*angor pectoris*, et on peut, en quelque sorte, l'envisager comme un cas type.

Quant à l'étiologie de la maladie, elle n'est pas moins nette. Aucune diathèse goutteuse et rhumatismale ne semble pouvoir être mise en jeu, non plus que l'alcoolisme, la syphilis ou l'épilepsie. Un examen minutieux des organes thoraciques et circulatoires ne permet pas non plus d'envisager l'angine de poitrine comme dépendant d'une lésion locale du cœur ou des vaisseaux.

Mais l'interrogatoire du malade, en révélant ses habitudes, fait découvrir comme cause de la maladie une intoxication, qui a déjà été signalée à plusieurs reprises par différents auteurs, l'intoxication par la fumée de tabac. M. R... fume trop; il le sait, mais il ne peut pas faire autrement; il a toute la journée la cigarette à la bouche, en avale la fumée, c'est-à-dire la fait pénétrer par inspiration jusque dans les bronches, et il consomme ainsi un demi-paquet de tabac scaferlati, soit 50 grammes de tabac en deux jours.

Or, remarquons-le de suite, les tabacs à fumer, dits scaferlati, le caporal et le caporal supérieur de la régie, sont particulièrement riches en nicotine; ils sont préparés en grande partie avec nos tabacs indigènes, qui renferment de 4 à 6 p. 100 de nicotine; et si la fermentation qu'ils subissent détruit une certaine quantité de cet alcaloïde et le transforme en produits ammoniacaux, ils n'en contiennent pas moins une proportion très appréciable, et on peut leur appliquer l'évaluation de Melsens qui estime à 0,10 centigrammes la nicotine que peut contenir la fumée produite par la combustion de 16 grammes de tabac.

Ajoutons encore que le mode de fumer n'est pas sans importance. La fumée de la cigarette arrive à la bouche toute chaude, sans avoir pu se débarrasser des produits qu'elle contient par une sorte de condensation. Le tabac qu'on emploie pour rouler une cigarette a toujours un certain degré d'humidité, et la fumée des tabacs humides contient plus de nicotine que celle des tabacs secs, l'alcaloïde étant en quelque sorte distillé dans le premier cas, au lieu qu'il est brûlé dans le second. Enfin la fumée est aspirée, c'est-à-dire qu'au lieu d'être simplement mise en contact avec la muqueuse buccale et d'être rejetée presque en totalité, elle est amenée au contact de la surface éminemment absorbante de la muqueuse bronchique.

Or, c'est un fait avéré, l'usage ou plutôt l'abus du tabac peut donner lieu à des accidents d'angine de poitrine. Beau l'avait signalé en 1862; la même année, le docteur Gélineau, relatant une épidémie d'angine de poitrine observée à bord de l'*Embuscade*, dit expressément : Tous les malades fumaient avec acharnement et rage; le plus jeune de ceux qui ont été frappés avait toujours la cigarette à la bouche, 8 ou 9 y joignaient l'usage de la chique, plusieurs en avalaient le jus. Et confirmant leur diagnostic étiologique par le résultat du traitement, car *naturam morborum ostendunt curationes*, ces deux observateurs notent que la cessation de l'usage du tabac a amené la cessation des phénomènes douloureux. Et il en est de même dans l'observation de M. Graux : son fumeur, sans renoncer entièrement à ses habitudes, mais en se bornant à modérer l'usage du tabac, en même temps qu'en ayant recours pour quelque temps à des moyens thérapeutiques sur lesquels nous aurons à revenir, a vu ses accès diminuer considérablement et de fréquence et d'intensité; mais ils ont reparu à mesure qu'il a augmenté sa consommation de tabac.

Il y a là un rapport trop évident, une application trop nette du *post hoc ergo propter hoc*, pour que l'on puisse se contenter de noter le fait comme une simple coïncidence; le cas d'ailleurs n'est pas isolé, et on peut, on doit, comme M. Graux l'a fait, tenter d'esquisser la physiologie pathologique de cette affection, de l'angine de poitrine nicotianique.

Sans vouloir faire ici le procès du tabac (il y a deux Sociétés qui sont chargées spécialement de cette besogne), son action sur le cœur est hors de doute, et tout le monde l'accuse et le condamne de provoquer des palpitations et des intermittences cardiaques. Cl. Bernard a démontré qu'il agissait sur le système circulatoire en amenant la déplétion du système artériel, le cœur continuant à battre; puis, si l'animal survit, une paralysie vaso-motrice succède à cette galvanisation des artérioles, et le nombre des battements diminue. C'est par ce mécanisme que M. Sée explique l'angine de poitrine nicotianique : un spasme des artères coronaires déterminant une ischémie cardiaque.

On pourrait invoquer plutôt l'action de la nicotine sur le bulbe. Cl. Bernard a démontré que l'action toxique de cet alcaloïde sur la respiration et la circulation était d'origine centrale, et ne persistait pas après la section des pneumogastriques. Or, du côté de la respiration, la nicotine amène une augmentation du nombre des mouvements respiratoires avec diminution

du champ respiratoire, diminution de la quantité d'air inspiré et expiré, par suite de la tétanisation des fibres musculaires bronchiques.

Ces symptômes de la maladie expérimentale montrent une analogie qu'on ne peut méconnaître avec ceux de l'angine de poitrine dyspnéique tels qu'on les observait chez l'intoxiqué par la nicotine de M. Graux.

Les troubles de la circulation cardiaque peuvent s'expliquer par le même mécanisme : irritation des noyaux d'origine du pneumogastrique. Il n'est pas jusqu'à la dyspepsie des fumeurs, cette dyspepsie dont Beau voulait faire le point de départ de l'angine de poitrine, qu'on ne puisse attribuer à la même cause : une irritation toxique du pneumogastrique à son origine bulbaire, se traduisant par un spasme des muscles bronchiques, un arrêt du cœur, des troubles stomacaux.

Nous avons encore à nous arrêter un instant sur le traitement employé pour combattre les accidents; ce traitement a consisté dans l'usage du k. br. (de 1 à 2 gr. par jour) combiné avec des inhalations d'oxygène.

Ces inhalations ont donné des succès dans des cas d'asthme, d'emphysème, dans lesquels, comme dans la première période de l'intoxication par la nicotine, il y a diminution du champ respiratoire. Trousseau et Beddoès en ont obtenu de bons effets dans des cas d'empoisonnement par le laudanum, où le chiffre des mouvements respiratoires était tombé à 7 par minute. Il est intéressant de rappeler à ce sujet que M. Robin avait présenté en 1851, à l'Institut, des morceaux de chair musculaire conservés pendant quatre mois dans un parfait état, après avoir été exposés aux vapeurs qu'émet la nicotine à la température ordinaire. Il en concluait que la nicotine paralysait l'action de l'O. sur les matières animales. Mais, chez un animal intoxiqué par la nicotine, le sang noir extrait des vaisseaux redevient rouge au contact de l'air, et l'anoxémie ne doit être envisagée que comme résultant d'une gêne des mouvements respiratoires, et non comme celle produite par CO. comme résultant d'une impuissance au globule intoxiqué d'absorber O.

Le traitement n'a pas été seul à produire l'amélioration relatée par M. Graux dans son observation; il faut y joindre la cessation sinon de l'usage, du moins de l'excès du tabac; mais, à mesure que les accidents disparaissaient, le malade revenait à ses anciennes habitudes et les accès d'*angor pectoris* se montraient de nouveau.

En se plaçant sur le terrain tout à fait pratique, nous nous demandons si, ne pouvant espérer faire renoncer absolument à l'usage du tabac, il n'aurait pas été bon de conseiller l'emploi d'un autre mode de fumer : avec le cigare ou la pipe, on n'avale point la fumée, partant on offre à l'absorption des produits nicotinisés une surface bien moindre et bien moins facilement pénétrable; une portion considérable en est rejetée immédiatement; de plus, en faisant usage de la pipe, surtout d'une pipe à long tuyau, une certaine quantité de nicotine se dépose par le refroidissement; enfin, on fait usage de tabacs plus secs, et la combustion détermine la destruction d'une plus forte proportion d'alcaloïde.

M. Graux est l'auteur d'une thèse, qu'il a présentée à la Société, sur la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée, et dont je crois devoir vous indiquer la valeur.

Dans une première partie, partie clinique, il établit qu'il y a, chez certains malades, une paralysie du moteur oculaire externe d'un côté accompagnée d'une paralysie absolue ou relative du muscle droit interne de l'autre œil, et que, quand ce symptôme existe, on peut affirmer à coup sûr une lésion de plancher du quatrième ventricule, au niveau du noyau de la sixième paire (*eminentia heres*). En d'autres termes, la paralysie du moteur oculaire externe d'un côté, d'origine centrale, s'accompagne d'une paralysie synergique du muscle droit interne de l'autre œil. Cette paralysie peut ne se montrer que quand le muscle droit interne doit agir avec son congénère le droit externe paralysé comme dans la vision binoculaire à distance; tandis que le muscle recouvre son action s'il doit agit seul (l'œil malade couvert) ou avec son homonyme de l'autre côté, vision binoculeire rapprochée.

Des recherches anatomiques poursuivies en collaboration avec M. Duval et des expériences physiologiques, ont montré à M. Graux qu'il existe un faisceau de fibres longitudinales, allant du noyau de la sixième paire au noyau de la troisième paire du côte opposé; par conséquent le noyau d'origine de la sixième paire fournit et le nerf moteur oculaire externe d'un côté et un faisceau qui se rend probablement au droit interne de l'œil du côté opposé; ce noyau gouverne en quelque sorte les mouvements de l'œil par un mécanisme analogue à celui des doubles guides d'un attelage à deux chevaux.

Dans cette dissertation inaugurale, dont je ne fais que retracer brièvement les conclusions comme dans l'observation qu'il a lue à notre Compagnie, M. Graux se montre observateur attentif et esprit critique judicieux, et je ne doute pas que vous n'ayez souvent à apprécier ces qualités si vous appelez M. Graux à siéger parmi vous. J'ajouterai que M. Graux est ancien

interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique et de la Société clinique de Paris; et, au nom de la commission, je vous propose d'admettre la candidature de M. Graux au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

DISCUSSION

M. ROUGON communique, à ce sujet, l'observation suivante :

Voici une observation qui confirme l'action fâcheuse de l'abus du tabac. En 1879, j'eus l'occasion de voir un jeune homme de 26 ans habitant une des Antilles françaises : depuis quatre ans, il éprouvait chaque jour des vertiges, des palpitations, des intermittences; ces symptômes étaient de plus en plus accusés, lorsque survinrent des troubles de la vision; la lecture devient difficile, et l'œil droit ne voit que le commencement des mots, alors que l'œil gauche n'en saisit que la fin; ces troubles de la vision éveillent ses craintes et le décident à rentrer en France. Ce jeune homme vient me demander conseil pour les vertiges et les intermittences qu'il éprouvait.

M. X... a toujours eu une bonne santé; les fonctions digestives s'accomplissent bien; il n'a jamais été atteint de rhumatisme. Je constate de l'irrégularité dans les battements du cœur et du pouls radial, des intermittences, sans aucun bruit anormal.

Interrogeant M. X... sur ses habitudes, j'apprends que, depuis huit ans, il consommait chaque jour un paquet de vingt longs cigares du poids de 120 grammes. Je n'hésitai pas à rattacher les troubles nerveux et cardiaques à l'abus du tabac.

Le malade fut examiné par M. le docteur Galezowski. Il existait chez lui une fausse appréciation des couleurs; il voyait tantôt des taches jaunes, tantôt des taches noires; il se trompait dans la distinction des monnaies d'or et d'argent, non-seulement pour la couleur, mais encore pour la dimension; c'est ainsi qu'il se souvenait d'avoir donné plus d'une fois, aux ouvriers de son exploitation, des pièces de 20 francs or, croyant donner des pièces de 2 francs argent. L'erreur lui était signalée le lendemain.

L'examen ophthalmoscopique ne révéla aucune lésion, et M. le docteur Galezowski formula le diagnostic « amblyopie nicotinique sans lésion aucune de l'œil. »

Nous étions en présence de troubles dus au tabagisme, et nous avons fait les recommandations suivantes : 1° s'abstenir d'une manière absolue de l'usage du tabac, et ne pas fréquenter les milieux où l'on fume; 2° potion au bromure de potassium; 3° collyre au sulfate neutre d'ésérine; 4° frictions sur les tempes avec une pommade strychninée.

Six mois après, la guérison était complète, et elle s'est maintenue jusqu'à ce jour.

A la date du 31 mai 1881, je reçois de mon confrère le docteur Guérin, la note suivante :

« La vue de M. X... est excellente; l'intermittence, tous les troubles nerveux du cœur ont « disparu. M. X... a cessé entièrement l'usage du tabac. »

M. DE BEAUVAIS fait remarquer que les conclusions de M. Thorens viennent confirmer celles avancées par un vénéré collègue, feu le docteur Jolly, qui a fait sur ce sujet un ouvrage intéressant, et dans lequel il insiste sur les funestes effets déterminés par l'abus du tabac; il cite notamment l'angine de poitrine et fait ressortir, avec intention, les chiffres énormes de nicotine que contiennent nos tabacs indigènes, comparés aux tabacs étrangers. Son ami intime, M. Jean-Baptiste Baillière a fait hommage à la Société de cet ouvrage écrit avec une conviction vive et sincère (1).

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur *l'action reconstituante des eaux de Vichy.*

La parole est à M. COIGNARD pour répondre à la longue argumentation, dont son intéressant mémoire a été l'objet et le point de départ.

Messieurs, la note que j'ai eu l'honneur de lire devant vous, en substance contenait ceci :

Un grand nombre d'eaux minérales *naturelles,* parmi lesquelles les eaux de Vichy, possèdent la propriété de favoriser l'absorption de l'oxygène; par conséquent, elles accroissent les combustions organiques et augmentent l'activité de la nutrition. J'ai conclu qu'elles étaient reconstituantes (elles font manger).

Si cette absorption de l'oxygène était illimitée, les combustions le seraient également, et l'on pourrait de cette façon comprendre par une *vue de l'esprit* la cachexie.

Et j'ai ajouté : Mais, qui a vu un cas bien accusé de cachexie produite par l'usage ou même l'abus des eaux minérales naturelles? Et j'ai cité les faits connus dans la science, en en don-

(1) *Le tabac et l'absinthe, leur influence sur la santé publique, sur l'ordre moral et social,* Paris, 1875; librairie J.-B. Baillière et fils.

nant l'explication qui m'a paru la plus vraisemblable, et voilà tout; je n'ai pas dit autre chose.

Messieurs, je croyais la question de la *cachexie* dite alcaline complètement résolue; je me suis trompé assurément, puisque des hommes dont tous se plaisent à reconnaître la valeur scientifique sont venus plaider cette cause. Voyons donc les faits brièvement.

Voici quelle a été l'argumentation : un malade, homme dans une situation scientifique très élevée, et par conséquent capable plus que personne d'apprécier les faits, boit depuis dix ans de l'eau de Vichy, et, depuis quelques années, un verre ou deux de cette eau *transportée* suffisent pour provoquer chez lui des taches de purpura. Voilà, certes, un fait intéressant.

Cependant, il se peut qu'on ait ici affaire à du *purpura arthritique* réveillé par l'ingestion de l'eau, de même que l'on voit souvent, chez les arthritiques soumis à l'usage de l'eau de Vichy, de l'érythème dit rhumatismal.

Admettons le purpura cachectique (et, entre parenthèses, je ne crois pas que le malade dont il s'agit soit de cette opinion); mais... *il existe des hémoptysies!!* et ne peut-on opposer à ce fait, le fait contraire du docteur Pupier, de ce malade qui, depuis vingt-cinq ans, mangeait chaque jour 20 grammes de bicarbonate de soude, et se portait bien? Ce sont là des accidents, je pense.

Après la relation de cet exemple de cachexie, on a ajouté que les gens s'accoutumaient à l'usage des eaux minérales naturelles, et qu'alors ces eaux étaient sans action : « Ainsi, toute une ville (Vals, Cusset) boit sans inconvénient, comme *eau de table*, de l'eau bicarbonatée sodique forte (5 à 9 grammes par litre) depuis au moins cinquante ans. Un malade, un seul, a du purpura, après avoir bu quelques verres de cette même eau *transportée.* »

Cette observation peut-elle justifier l'idée de cachexie? On a dit : l'*eau de Vichy alcalinise les urines.*

J'ai fait l'expérience suivante en 1875 (juillet) : nous nous sommes soumis, moi quatrième, à ce régime : deux bains chauds (contenant 150 litres d'eau bicarbonatée sodique) de 45$^{mm}$ par jour, et 18 verres d'eau en boisson (chaque verre contient 200 gr.), cela pendant 20 jours suivis.

Pendant la journée, le papier rouge de tournesol était quelquefois légèrement bleui par nos urines, mais jamais il ne l'était le matin; alors, au contraire, le papier bleu était fortement rougi comme d'habitude.

Je concluais de cette observation que, pendant le jour, il y avait simple filtration rénale de l'eau absorbée, et que nos urines bleuissaient le papier de tournesol à peu près comme aurait pu le bleuir de l'eau minérale alcaline étendue d'eau ordinaire. Cette alcalinité m'a paru un phénomène d'ordre purement mécanique. Mais, aussitôt que l'eau avait été *digérée*, le *matin l'urine* recouvrait sa caractéristique l'acidité.

Il est fort difficile expérimentalement d'alcaliniser les urines (pour mon compte, je n'ai pu le faire), et si les eaux de Vichy agissaient dans l'économie, comme dans un verre à expérience, nous n'aurions plus besoin d'avoir recours à la lithotritie, au moins pour les calculs d'acide urique. En effet, un calcul d'acide urique de 1 centimètre de diamètre se dissout en vingt jours à peu près dans un verre à expérience rempli d'eau de Vichy; je l'ai fait maintes fois après beaucoup d'autres expérimentations; mais ceci n'est pas intéressant. Les eaux minérales naturelles agissent d'une toute autre façon : la part chimique de leur action est très faible; les eaux de Vichy particulièrement agissent *silencieusement* (Durand-Fardel) pour modifier la nutrition des éléments cellulaires (et c'est pour cela qu'on les a appelées *altérantes; elles changent*); mais elles ne détruisent ni les tissus cicatriciels, ni les néoplasmes, ni les productions inorganiques.

J'ai donné, après d'autres et avec d'autres médecins, de l'eau de Vichy transportée à des marins, à des mineurs *scorbutiques* (gencives déchiquetées, saignantes, ecchymose de la peau), je n'avais ni oranges ni citrons et j'ai obtenu d'excellents résultats.

Mais tout ceci est connu, écrit; je crois même me rappeler que Trousseau en parle (V. les *Cliniques*).

Je conclurai : les eaux de Vichy, comme toutes les autres eaux minérales (comme tout du reste à un moment donné), ont leurs indications et leurs contre-indications.

On cite des faits d'alcalinisation de l'urine et de précipitation de phosphates terreux chez des malades ayant des vessies à colonnes, des vessies incontractiles, se vidant incomplétement. Je pense que *souvent*, chez ces sortes de personnes, l'alcalescence a lieu par le fait de la stagnation de l'urine, sans qu'il soit fait usage de l'eau de Vichy ou de tout autre. Je dois ajouter que je n'ai pas, jusqu'à présent, une expérience personnelle suffisante de l'application des eaux de Vichy dans les catarrhes vésicaux. J'ai vu cinq malades seulement qui toujours, pour vider leur vessie, sont obligés d'employer la sonde; ils sont venus à Vichy, ont bu de l'eau et s'en sont allés comme ils étaient venus, sans profit, mais sans accident. (Je veux bien

croire qu'il n'en est pas toujours ainsi, mais ce que j'aurais à dire sur cette question ne me paraît pas à sa place dans cette discussion.)

Un médecin militaire, M. le docteur L. Clere, consultant aux eaux de Contrexéville, a émis l'étrange opinion que voici : *On va graveleux à Vichy, on en revient calculeux.* C'est-à-dire les eaux de Vichy alcalinisent les urines, et il se forme sous cette influence des dépôts de phosphates terreux, calculs de phosphate de chaux à noyau d'acide urique. Mais alors tous les ruminants, dont les urines sont fortement alcalines, auraient des calculs, ce qui n'est pas ; et, du reste, il est fort difficile sinon impossible d'alcaliniser l'urine de l'homme par l'usage des *eaux naturelles bicarbonatées sodiques.*

Messieurs, je n'avais pas la prétention de dire des choses nouvelles. En 1656, Fouet, superintendant des eaux de Vichy, écrivit que nul médicament n'était comparable à l'usage de ces eaux pour les jeunes filles atteintes de pâles couleurs et pour les matrones arrivées à l'âge de la ménopause (il les considérait donc comme reconstituantes).

Ma note n'avait d'autre fin que celle de vous être présentée, et faire connaître des expériences qui tendent à démontrer ce que savent depuis longtemps tous ceux qui se sont occupés de ces questions.

M. Bouloumié demande à dire un dernier mot. Je ne vois dans la nouvelle note de M. Coignard qu'une nouvelle affirmation, mais rien qui infirme mes conclusions. J'ai tenu à établir que la qualification de reconstituante donnée à l'action des eaux de Vichy est absolument fâcheuse, qu'elle est fausse et dangereuse, et que les quelques exceptions citées de personnes qui avalent, je ne dirai pas qui absorbent, des quantités excessives de bicarbonate de soude sans s'émacier, ne prouvent pas plus que les expériences qu'on a citées, la prétendue action reconstituante des alcalins. Dans ces cas, la soude n'imprègne pas l'organisme, elle ne fait que le traverser. Les cas cités de reconstitution par les eaux de Vichy rentrent tous dans la catégorie que j'ai établie, ce sont des cas dans lesquels il n'y a pas eu action reconstituante directe, mais modification favorable de la maladie qui avait entraîné la déchéance organique et reconstituante secondaire de l'organisme par lui-même, la maladie étant modifiée. A ce titre, tous les médicaments sont des reconstituants, toutes les eaux minérales sont des reconstituants parce que les uns et les autres peuvent guérir et ainsi reconstituer le malade.

Ne détournons pas ainsi les mots de leur vrai sens, et en employant des mots impropres ne jetons pas le trouble dans les idées.

Pouvons-nous croire aussi facilement qu'on nous le dit que, sans parler des anciens, Magendie, Trousseau, Pidoux, Gubler, Hirt, Rabuteau, etc., etc., aient menti quand ils nous ont dit qu'ils avaient vu, à des degrés divers, il est vrai, la cachexie alcaline, qu'ils se soient prêtés à ce que M. Durand-Fardel appelle « cette grande mystification thérapeutique », quand ils nous en ont décrit les symptômes, que les étudiants français et allemands se soient rendus leurs complices? Et si aujourd'hui nous ne constatons plus qu'exceptionnellement les conséquences funestes de l'abus des alcalins, c'est que ceux qu'on accuse ont jeté un cri d'alarme qui a été entendu, et que les médecins sont devenus plus prudents et les malades plus sobres dans l'emploi d'un médicament qu'ils savent bon, mais parfois dangereux. Ne revenons pas en arrière et ne risquons pas de reproduire la cachexie alcaline en faisant passer pour reconstituantes les eaux qui lui ont donné naissance, et pour qu'on ne dise pas que nos craintes sont sans fondement, permettez-moi de vous citer le cas de deux de nos confères qui, il n'y a pas huit jours, nous parlaient, à notre collègue M. Reliquet et à moi, de l'usage qu'ils avaient fait l'un et l'autre de l'eau de Vichy et nous disaient tous deux qu'après douze à quinze jours d'un traitement à dose pourtant modérée, très modérée même pour l'un d'eux, les symptômes constatés sur eux-mêmes par les étudiants allemands, par MM. Rabuteau, Constant, Clément, etc., etc., se manifestaient et les obligeaient à le suspendre. Ils n'ont pas voulu, en continuant un traitement qui jusque là leur avait été salutaire, s'exposer à un affaiblissement exagéré et encore moins à la cachexie; on ne saurait les en blâmer, mais ils sont convaincus qu'ils marchaient si non à celle-ci, au moins à celui-là.

La discussion est close.

(*La suite à un prochain numéro.*)

## VARIÉTÉS

### LE SOJA.

On s'occupe beaucoup, depuis quelque temps, de l'introduction dans la culture agricole d'une nouvelle plante légumineuse qui présente sur ses congénères, le haricot, le pois, des avantages très marqués. Le *soya* ou *soja* est d'origine chinoise ou japonaise. Le Muséum en a

depuis plus d'un siècle des spécimens; la Société d'acclimatation en a répandu les graines de tous côtés, mais la défiance et l'apathie ont toujours fait délaisser la culture de cette plante, qui vient cependant très bien dans notre climat.

Mieux avisée, l'Autriche en a tenté l'importation en 1873, et la culture s'en est bientôt répandue sur tout le territoire. L'Italie, la Bavière en ont semé un peu partout.

Le soja est une véritable glycine. C'est une plante rameuse, dont les feuilles ressemblent à celles de nos haricots de jardin. La graine, enfermée dans une cosse, a l'aspect d'un gros pois; elle est noirâtre, rouge foncé ou verte. Les pois noirs sont les moins estimés et servent surtout à la nourriture des animaux.

En Chine et au Japon, le soja est utilisé sous diverses formes comme aliment. On en retire une huile qui sert à la plupart des besoins domestiques; mais les deux formes principales sous lesquelles on le mange sont le *shoyu*, espèce de sauce au condiment, et le *to-fu* ou *téou-fou* des Chinois, qui a l'aspect et certaines des qualités du fromage à la pie. Nous croyions les Chinois voués au culte absolu du riz; ils ont aussi leur fromage. On trouve dans une intéressante brochure de M. Vailleux tous les renseignements nécessaires pour la confection du fromage de soja. M. le docteur Picard a perfectionné ce procédé et est arrivé à composer, avec le fromage de soja, un simili-roquefort.

Les graines sèches peuvent être mangées telles quelles à la façon des haricots; elles fournissent une purée excellente, et, particularité remarquable, n'auraient pas, au dire des amateurs, les inconvénients des haricots. On a imaginé de les griller en guise de café; le parfum et les propriétés de la décoction du soja seraient tout-à-fait analogues à ceux des cafés de qualité moyenne, très supérieurs par conséquent à tout ce qu'on sert sous le nom de moka, dans les trois quarts des établissements publics.

Les gousses, les tiges et les feuilles sont données au bétail et aux chevaux. Mélangé à de la luzerne verte, à de l'herbe, le soja donne un engraissement très rapide, ce qui s'explique aisément, si on examine la composition chimique de la plante.

La culture du soja est possible dans toute la zone méridionale de la France; mais dans le nord, dans les pays un peu froids, il réclame trop de soins.

En résumé, par ses qualités nutritives tout-à-fait spéciales, c'est une plante dont la culture demande à être répandue le plus possible.

## FORMULAIRE

### Teinture de jaborandi contre l'eczéma rubrum. — Ord.

Le docteur Ord rapporte l'observation d'une femme de 53 ans, atteinte d'un eczéma rubrum des bras, des jambes et des oreilles, et qui avait éprouvé une semblable attaque une année auparavant. Il lui fit prendre dans de l'eau, deux fois par jour, trois grammes de teinture de jaborandi, et au bout d'une semaine, il réduisit la dose de moitié. A ce moment, l'eczéma était amélioré sur certains points; mais il s'était étendu au cuir chevelu et au cou. — Dans l'espace de deux semaines, tout suintement avait cessé aux jambes; trois semaines plus tard l'éruption était presque entièrement guérie, en même temps que l'état général laissait beaucoup moins à désirer. — N. G.

## COURRIER

Antiquités égyptiennes. — M. Brugsh, conservateur du musée de Roubaix, est revenu de Thèbes avec le contenu de vingt sarcophages récemment découverts au delà de l'ancien palais de la reine Hutulon. Parmi les vingt mille antiquités ainsi recueillies, on remarque plusieurs momies dans un état parfait de conservation et d'un intérêt historique considérable.

Photographies phosphorescentes. — En Angleterre, en Allemagne et en Autriche, les photographies phosphorescentes attirent l'attention du public. Nous croyons qu'en France, où elles semblent avoir pris naissance, elles ne sont pas très répandues. Voici selon M. Eder un moyen facile de les obtenir.

On prend une épreuve positive, rendue transparente au moyen de l'huile de ricin; on enduit l'envers d'une couche phosphorescente. La lumière phosphorescente ne passe ainsi que dans les blancs de l'image et produit les plus charmants effets. Les images de la lune ainsi reproduites sont surtout très remarquables. (*Les Mondes.*)

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## SUR LA NÉPHRITE CONSÉCUTIVE AUX SCARLATINES LÉGÈRES,

Par le docteur LUBANSKI, médecin-major au 93e régiment d'infanterie.

Dans le numéro du 17 juin dernier de la *Gazette hebdomadaire*, M. le docteur Blachez a résumé, en une note substantielle, les principales réflexions que lui ont suggérées les faits de sa pratique au sujet de la scarlatine. On sait que celle-ci, naguère encore presque une rareté chez nous, même dans les grands centres, semble aujourd'hui avoir pris rang dans notre cadre pathologique et s'être installée non-seulement à Paris, mais aussi dans beaucoup de villes, comme en témoignent les relations insérées à la suite des rapports trimestriels de M. Ernest Besnier. Les épidémies de scarlatine ont été très nombreuses pendant l'hiver 1880-81 ; pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer cette fièvre éruptive sous un développement assez considérable, puisqu'elle a sévi d'abord sur mon régiment tout entier, pour s'étendre ensuite, dans des proportions moindres, à la population civile. Son mode d'extension dans le régiment a été des plus simples ; elle s'est continuée pendant quatre mois, jusqu'à épuisement complet des sujets, c'est-à-dire que tous les hommes, à très peu d'exceptions près, ont eu successivement leur scarlatine, la plupart sous des formes remarquablement bénignes.

Les premiers cas ont été les plus complets : ceux-là ont offert le tableau classique de la maladie, la fièvre, l'éruption, l'angine et la desquamation ; il y a eu dans cette période initiale de l'épidémie, quelques décès exclusivement causés par des accidents septicémiques ayant leur point de départ dans des *angines gangréneuses*. Ensuite, les formes bénignes ont pris le dessus ; dans leur type le plus fréquent, elles ont été constituées par des angines scarlatineuses, avec un ensemble de signes locaux et de symptômes généraux qui ne laissaient aucun doute sur la nature du mal de gorge. Il a existé aussi d'autres cas, où l'angine même faisait défaut, où la scarlatine était si légère qu'elle passait complétement inaperçue, jusqu'au jour où le malade réclamant accidentellement des soins pour toute autre cause, on le trouvait en pleine desquamation scarlatineuse. Il est très certain, comme le dit M. Blachez, que les cas de ce genre, pour lesquels il réclame la dénomination de *scarlatinoïdes*, doivent être très fréquents dans le cours des épidémies et rester souvent méconnus. Il semblerait donc, d'après ce que nous observons actuellement,

---

# FEUILLETON

## A Monsieur le docteur L.-G. Richelot.

Le Tréport, 12 août.

Mon cher ami,

Je n'ai pu, comme j'en avais l'intention, noter au fur et à mesure, pendant mon séjour à Londres, mes impressions journalières et te les communiquer ; nos hôtes ne m'en ont pas laissé le temps matériel ; l'emploi de chacune de nos journées avait été réglé de telle sorte qu'il n'y avait plus de place pour la correspondance, il eût même fallu se multiplier pour satisfaire à toutes les exigences du programme.

Le représentant de l'UNION MÉDICALE au Congrès vous a dit certainement combien a été cordial l'accueil que nous y avons trouvé ; les Anglais se sont mis en quatre pour nous offrir une réception digne de leur pays, et ils y ont, de l'aveu de tous, merveilleusement réussi. Je me bornerai, dans cette lettre, aux réflexions personnelles que m'a suggérées cet intéressant voyage, car je ne veux pas empiéter sur le terrain de notre ami et reporter officiel, L.-H. Petit.

Une souscription, ouverte parmi les médecins, avait fourni, avant l'ouverture du Congrès, 250,000 francs, et l'on avait dû prendre la précaution de limiter à 25 livres sterling les cotisations individuelles ; une pareille précaution eût-elle été nécessaire dans un autre pays? Pendant toute une semaine, chacun des principaux médecins de Londres a tenu table ouverte

que les cas de scarlatine fruste seraient la règle et la scarlatine franche l'exception. Est-ce bien toutefois une maladie fruste, celle qui, somme toute, se révèle toujours tôt ou tard par l'une de ses déterminations, soit l'éruption, soit l'angine, soit la desquamation, à elle seule si caractéristique?

Toujours est-il que dans l'épidémie qui s'est déroulée sous mes yeux, j'ai été frappé, comme M. Blachez, de cette extrême bénignité du plus grand nombre des cas, et comme lui je me suis demandé s'il y avait nécessité, pour tous ces cas, d'imposer aux malades les grandes précautions et la longue réclusion que le public considère comme indispensables à la suite de toute scarlatine. Pour des malades si rapidement guéris, après une maladie, ou plutôt une indisposition exempte de toute gravité, les précautions d'usage me semblaient d'une rigueur exagérée; d'autant plus que les cas d'anasarque avaient été très rares pendant toute l'épidémie. Pourtant, il s'est présenté plus tard un cas qui m'a fait un peu revenir sur cette tendance et qui semblait donner raison aux coutumes traditionnelles; de ce cas il résulterait en effet que la néphrite n'appartient pas seulement aux scarlatines à réaction vive, à symptômes bien caractérisés, ainsi que M. Blachez incline à le penser, mais qu'elle peut aussi se montrer inopinément à la suite des formes effacées, incomplètes, qui perdraient ainsi le bénéfice de l'innocuité inhérente au mot *scarlatinoïde*.

Voici, *in extenso*, le cas en question.

OBSERVATION. — *Néphrite interstitielle subaiguë, suite de scarlatine; mort très rapide par asphyxie urémique; obscurités du diagnostic. Autopsie.*

Le nommé Dupont, jeune soldat au 93e régiment d'infanterie, incorporé au mois de novembre 1880, a été traité à l'infirmerie du 19 au 22 février, et à l'hôpital de La Roche-sur-Yon, du 22 février au 15 mars 1881, pour une angine scarlatineuse. Ses souvenirs sont peu précis en ce qui concerne l'éruption scarlatineuse; si elle a existé à cette époque, elle a été peu intense, et la maladie a dû être légère, si l'on en juge par la brièveté du séjour à l'hôpital, et la sortie par billet simple, et non par congé de convalescence. Tout porte à croire que ce fut là un des nombreux cas de scarlatine presque fruste, et caractérisée uniquement par une angine de moyenne intensité, lesquels cas ont fait le fond de l'épidémie de scarlatine que nous avons traversée pendant l'hiver 1880-1881.

Complètement rétabli dès sa sortie de l'hôpital, Dupont est un garçon robuste et bien constitué, originaire de la Normandie, bon soldat, et indemne d'habitudes alcooliques et de syphilis.

---

matin et soir, et reçu les membres étrangers qui leur étaient connus personnellement ou par leurs publications. De grandes fêtes ont été organisées; la plus originale a été celle du Musée de South Kensington : imagine-toi un bal donné à l'École des beaux-arts, que l'on aurait ornée avec les chefs-d'œuvre exposés en 1878 dans la galerie rétrospective; une autre soirée, très brillante et curieuse, a été donnée au Guild-Hall, salle des corporations de Londres, où nous avons été reçus par le lord maire et les officiers municipaux, revêtus pour la circonstance de leurs costumes moyen-âge. Enfin, pour reposer les invités des visites aux musées et des séances du Congrès, leurs hôtes les ont emmenés, par groupes de trois ou quatre cents, visiter les belles campagnes des environs de Londres, les Docks, les champs d'irrigation de Croydon, Folkestone, où l'on inaugurait la statue de Harvey, toujours avec accompagnement de lunch au champagne.

Tu dois concevoir que cette existence n'a pas laissé que d'être très fatigante pour nos jambes, nos têtes, et surtout nos estomacs. Les tables anglaises sont fort bien servies, mais il y manque trois choses : de l'eau, du pain et des légumes, ou du moins elles s'y trouvent en une proportion si faible, qu'elle est négligeable; en revanche, les sauces pimentées, le claret, le champagne, le sherry et le porto y occupent une place importante. Faut-il s'étonner dès lors que la goutte ait élu domicile chez nos voisins? Ils ont pourtant en abondance de la belle et bonne eau qu'ils gaspillent tout à leur aise sans que leurs édiles y trouvent à redire, mais ils ont le tort de ne pas l'utiliser sous forme de boisson. Une semaine d'un pareil régime, quelque atténuation qu'on y apporte, est une sérieuse épreuve pour un estomac continental; aussi le *Punch* avait-il prophétisé qu'au jour de la clôture tous les membres étrangers devraient implorer les soins de leurs confrères anglais; cette prédiction ne s'est, Dieu merci! que partiellement réalisée, mais je serais étonné si notre statistique mu-

Il se présente à ma visite le jeudi 19 mai 1881, se plaignant d'un gonflement des pieds, des mains et de la face. L'œdème est facile à constater, quoique peu prononcé; il conserve à peine l'empreinte du doigt; c'est plutôt une légère bouffissure. Ce symptôme, d'invasion récente, ne s'est accompagné d'aucun autre trouble appréciable de la santé; le malade n'a jamais senti de douleurs dans la région lombaire; rien au cœur ni aux poumons; les urines, examinées le jour même, sont en petite quantité, chargées d'un dépôt boueux abondant, qui se dissipe complètement par la chaleur; elles ne contiennent pas d'albumine.

Dupont revient à la visite le lendemain, vendredi 20 mai, accusant, en outre de l'œdème, qui persiste au même degré, une dyspnée assez intense qui l'aurait pris dans la soirée du jeudi, et l'aurait forcé à rester debout une partie de la nuit. Le vendredi matin, la dyspnée a disparu, l'état général est toujours excellent, le malade plein d'entrain et vigoureux.

Dans la soirée du même jour (20 mai), à six heures et demie, je suis appelé auprès du malade que je trouve assis sur son lit, soutenu par plusieurs traversins, et en proie à une dyspnée intense; les mouvements respiratoires sont fréquents et pénibles; cependant il n'existe aucun obstacle appréciable à l'entrée de l'air dans le thorax. A l'auscultation, on trouve seulement la respiration un peu obscure dans le côté droit, avec des râles muqueux, dont quelques-uns assez fins; le murmure vésiculaire est normal dans le côté gauche; le cœur bat avec force; le larynx est libre, la voix a conservé sa force et son timbre habituels; la connaissance est complète, le pouls plein, rapide, sans aucune fièvre; la peau baignée de sueur. Je fais couvrir la poitrine de ventouses sèches, surtout à droite, et appliquer des sinapismes aux extrémités inférieures. On donne une potion opiacée.

Deux heures plus tard, dans la même soirée, je reviens auprès du malade dont l'état n'a fait qu'empirer. La dyspnée est devenue une véritable angoisse respiratoire, le malade s'agite et s'inquiète; il est aussitôt transporté sous mes yeux à l'hôpital, où je continue à le voir, en l'absence du médecin traitant. Soupçonnant la possibilité d'un accès d'asthme, je pratique une injection sous-cutanée de 0,02 de morphine, qui procure un certain soulagement, et même un peu de sommeil. On renouvelle les sinapismes et on donne une potion cordiale par larges gorgées. Les symptômes intra-thoraciques changent plusieurs fois d'aspect dans le courant de cette soirée, entre six heures et minuit; les râles muqueux constatés tout d'abord disparaissent par moments, la respiration s'entend bien dans les deux poumons; il est évident que la cause de la dyspnée n'est point là. Il y a une expectoration peu abondante, légèrement spumeuse et d'une teinte rosée.

A sa visite du samedi 21 mai, M. Filaudeau, médecin traitant, trouve le malade à peu près dans le même état : dyspnée persistante, avec un peu moins d'angoisse que la veille; pas de fièvre, pâleur de la face, refroidissement de toute la surface du corps, connaissance intacte, même expectoration rosée. Pas d'augmentation du léger œdème de la face et des extrémités. On entend de nouveau, comme la veille, des râles muqueux dans la poitrine en certains points, et, notamment, sous l'aisselle droite; ils présentent assez de finesse pour simuler du

---

nicipale ne dénotait cette année une augmentation dans le nombre des cas de goutte; j'appelle sur ce sujet l'attention de notre éminent confrère Bertillon.

C'est assez parler des distractions et de la cuisine du Congrès; je ne jurerais pas que certains membres n'en aient fait le but principal de leur voyage; mais ils sont à l'état d'exception, et nous avons pour la plupart vu et appris beaucoup de choses intéressantes au point de vue scientifique. Malheureusement les communications faites au Congrès n'ont été, à cause de la confusion des langues, que très incomplètement discutées; comment s'expliquer en français avec un Allemand, qui ne vous comprend pas, sur une communication anglaise qu'on l'on n'a qu'imparfaitement saisie? Il n'y a qu'un moyen d'arriver à s'entendre, c'est d'apprendre à parler et à comprendre les trois langues; il est trop tard pour nous, mais je ne désespère pas, si les réformes heureusement apportées dans les programmes d'enseignement portent les fruits qu'on en attend, de voir les générations qui s'élèvent réaliser ce progrès.

Notre pays était dignement représenté. Nous devons cependant exprimer un regret, c'est que nos corps constitués et nos Sociétés savantes aient pour la plupart négligé d'envoyer, comme on les y avait engagés, une délégation. Quatre Sociétés seulement étaient officiellement représentées, et parmi elles on ne comptait ni l'Académie, ni la Société de chirurgie, ni la Société des hôpitaux, ni la Société de biologie; en revanche, la Société syndicale odontologique avait délégué *six* de ses membres.

Nous étions là isolément, sans liens et sans représentants autorisés; nous n'en avons pas souffert personnellement, grâce à l'aimable intervention de notre cher président de la Société des hôpitaux, M. Henri Gueneau de Mussy, qui a pu, grâce aux solides amitiés qu'il a laissées en Angleterre, rendre le séjour de Londres aussi agréable que possible à ceux de ses collè-

râle sous-crépitant, mais sans aucun souffle, ni point douloureux. M. le docteur Filaudeau fait appliquer un large vésicatoire sur le côté droit du thorax et prescrit une potion stibiée et un lavement purgatif.

Le samedi 21, dans la soirée, l'état n'ayant point varié, on pratique une saignée au bras droit, et on applique un second vésicatoire sur la partie antérieure droite du thorax. Depuis le début de la dyspnée (vendredi soir 20 mai), la scène ne doit plus changer jusqu'au dénouement prochain et inévitable; la mort n'arrive cependant que le dimanche soir 22 mai, à sept heures, et jusqu'au bout le malade, sans perdre connaissance un seul instant, toujours assis sur son lit, a lutté contre la dyspnée et s'est débattu contre cette longue et cruelle agonie de quarante-huit heures, les forces s'épuisant par les efforts respiratoires, le teint pâle, les lèvres bleues, la face et les extrémités couvertes de sueur, et le refroidissement de tout le corps trahissant de plus en plus l'extinction de toute puissance vitale.

Le diagnostic est resté incertain ; la cause de ce symptôme *dyspnée*, qui a dominé la scène au point de constituer toute la maladie et a entraîné la mort, nous est restée inconnue, et sa filiation ne s'est révélée qu'à l'examen *post mortem*. M. le docteur Filaudeau s'était rattaché en dernier lieu à l'hypothèse d'une embolie pulmonaire, ou d'une obstruction des cavités droites du cœur ou des grosses veines qui s'y déversent.

L'*autopsie* est pratiquée le mardi 24 mai 1881, à neuf heures du matin, trente-huit heures après la mort. Malgré ce long intervalle écoulé depuis le moment du décès, malgré un temps chaud et orageux qui règne depuis plusieurs jours, et contre notre attente, le cadavre offre à peine quelques signes de putréfaction; on voit des lividités peu prononcées à la partie postérieure du tronc, mais aucune coloration verdâtre au niveau de l'abdomen, et l'état de conservation des viscères, l'absence de toute mauvaise odeur, sont remarquables, vu les circonstances indiquées.

Les *poumons* sont parfaitement sains; à peine peut-on y signaler des traces d'emphysème sous-pleural aux bords antérieurs et aux sommets, et, dans l'intérieur du parenchyme, de l'œdème, uniformément répandu, donnant une consistance gélatineuse et une coloration grisâtre sur les coupes, et expliquant les râles assez fins entendus pendant la vie. D'ailleurs, aucune congestion vers les bases, aucun noyau ni de pneumonie, ni d'apoplexie pulmonaire; nulle trace de tubercules. Des deux côtés du thorax, un peu de liquide citrin, mais sur les plèvres viscérale et pariétale, aucune apparence d'inflammation, ni rugosités, ni fausses membranes. Dans la trachée et les bronches, des mucosités spumeuses en très petite quantité.

Le *cœur* et les *gros vaisseaux* sont examinés avec le plus grand soin, en raison de l'hypothèse d'une embolie, émise pendant la vie. Dans le péricarde, une petite quantité de sérosité, comme dans les plèvres. Le cœur est très gros, et tout d'abord l'oreillette droite apparaît comme distendue par une injection. Elle est remplie, ainsi que le ventricule droit, de caillots d'une couleur noire comme du goudron, d'une consistance de gelée, n'offrant en aucun point

---

gues qui assistaient au Congrès; mais il sera nécessaire de procéder autrement lors des prochaines réunions, et de nous organiser sérieusement comme le font nos voisins.

Tout l'intérêt scientifique du Congrès n'était pas dans les meetings généraux où l'on a entendu successivement Maurice Raynaud, par la voix de Féréol, Virchow, Billings (de Washington), Volkmann (de Halle), Pasteur et Huxley, et dans les sections où les membres développaient leurs communications; on avait en outre organisé un musée temporaire dans lequel on avait réuni quantité de pièces pathologiques, de dessins et de préparations microscopiques. On y admirait le modèle en cire, apporté par M. Charcot, d'une femme présentant un type d'arthropathie tabétique (arthropathies de Charcot); dans le même local, on amenait tous les jours des différents hôpitaux des malades curieux qui fournissaient le sujet de conférences cliniques.

Les médecins anglais ont mis une grande obligeance à guider leurs confrères étrangers dans leurs hôpitaux, à leur en expliquer l'organisation et à leur montrer les malades intéressants qui s'y trouvaient. Nous avons pu ainsi visiter, sous l'obligeante direction de l'éminent président de la Société de médecine de Londres, le docteur Broadbendt, l'hôpital de Sainte-Mary, où on lui envoie de tous les côtés des cas rares de maladies nerveuses. Nous avons vu également l'hôpital Saint-Barthélemy, qui contient comme Guy's Hospital une École de médecine où les étudiants trouvent à la fois la clinique, la bibliothèque, le musée, les cours théoriques et les exercices pratiques, où ils prennent tous leurs grades et où ils peuvent faire toute leur carrière.

Je négligerais un des côtés les plus intéressants du Congrès, si j'oubliais de faire ressortir les avantages et l'agrément des relations personnelles qui s'y établissent ou s'y renouent ; il est utile de connaître par soi-même les hommes dont on lit les ouvrages et de pouvoir appré

de coagulation fibrineuse; les mêmes caillots existent dans la veine cave supérieure, dans la veine cave inférieure, qui est examinée jusqu'aux veines iliaques; tous ces caillots sont mous, exclusivement cruoriques, à peine marqués çà et là de quelques concrétions rosées, et sans aucune consistance fibrineuse. Mêmes résultats fournis par l'exploration de l'artère pulmonaire et de ses branches, ainsi que des cavités gauches, qui contiennent, en moins grande quantité, des caillots de même nature. L'aorte est saine, ainsi que les artères coronaires. En résumé, le cœur et les gros vaisseaux sont remplis de caillots d'agonie, où les recherches les plus minutieuses ne font découvrir ni embolus, ni concrétion fibrineuse tant soit peu ancienne. Tous les orifices et toutes les valvules sont intacts. Ce qui reste à noter comme fait très important, c'est une *hypertrophie du cœur* manifeste, et qui se voit mieux encore après que les cavités cardiaques ont été débarrassées des caillots qui les distendaient; l'augmentation de volume du ventricule gauche est alors très apparente, avec l'épaississement de ses parois, et une légère teinte grisâtre du tissu musculaire. Le cœur, vide de sang, mesure 13 centimètres de largeur au niveau du sillon auriculo-ventriculaire, et 13 centimètres aussi de la base à la pointe. C'est presque un *cor bovinum.*

Le *foie* est un peu gros, de l'aspect du foie muscade, avec injection de la veine centrale des lobules.

Rien à signaler du côté de l'estomac ni des intestins.

Les deux *reins* sont sensiblement diminués de volume, sans atrophie véritable; au premier abord, ils me frappent par les caractères suivants : 1° facilité avec laquelle se détache la capsule fibreuse; 2° consistance toute spéciale du parenchyme, qui offre entre les doigts une résistance, une dureté, qui immédiatement font venir à l'esprit l'idée d'un tissu sclérosé; j'insiste tout particulièrement sur ce fait, que je n'avais jamais constaté à un tel degré; 3° décoloration uniforme très nette de la substance corticale, qui est d'un gris jaunâtre; 4° séparation bien accusée de la substance corticale et des pyramides qui tranchent sur celle-là par leur aspect violacé.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

Réflexions. — On peut voir, d'après le récit de l'autopsie, que le diagnostic est resté obscur, même après l'ouverture du cadavre, jusqu'au dernier moment, c'est-à-dire jusqu'à l'examen des reins. C'est alors seulement que la lumière s'est faite, complète et décisive. En effet, dans les poumons et dans les plèvres, aucune lésion; dans le cœur et les gros vaisseaux, la plus grande partie de la masse du sang, coagulée sous forme de caillots d'agonie, le tout parfaitement net et ne laissant point place au doute. Une seule lésion à retenir du côté de l'appareil central de la circulation, l'hypertrophie cardiaque, lésion capitale et dont on saisit immédiatement la con-

---

cier la situation qu'ils occupent dans leur pays et parmi leurs compatriotes; et surtout c'est une joie de retrouver d'anciens camarades avec lesquels on a passé autrefois ses années de jeunesse et dont on a été séparé par les circonstances. Nous en avons revu ainsi de Suisse, d'Amérique et même de France auxquels nous avons été bien heureux de serrer la main. Cette réunion seule justifierait l'institution des Congrès, qui ne paraît pas d'ailleurs, malgré de sombres prévisions, devoir périr de sitôt. Sans doute les Anglais auront rendu la tâche difficile à leurs successeurs, il faudra de grands efforts pour les égaler; mais les villes de bonne volonté ne manqueront pas pour cela, on ne demandera à chacune que selon ses moyens. Si le siège du prochain Congrès n'a pas été fixé, c'est qu'il a paru difficile de discuter la question en assemblée générale; on a proposé New-York, Madrid, Christiania, Copenhague, et, croyons-nous, aussi Berlin; le Comité d'organisation doit prochainement prendre une décision à ce sujet.

En terminant, j'adresse de nouveau mes sincères remerciements à nos hôtes, qui ont trouvé le moyen d'instruire, de choyer, d'héberger pendant huit jours 3,200 confrères, et, chose plus difficile, étant donné le caractère professionnel, de les satisfaire.

Je te donne rendez-vous au prochain Congrès. H. Hallopeau.

---

Bronzes antiques. — Des bûcherons ont trouvé au lieu appelé Fridhofstannen, dans le district de Cuttenbrickt, près d'Obérode-Hannovre, quatre ou cinq kilogrammes d'armes en bronze et d'outils enfouis très peu profondément dans le sol. Ce sont surtout des haches de combat, une faucille, un canif ou couteau pour enlever les peaux d'animaux, un bracelet, des anneaux : tous ces objets paraissent d'origine celtique ou phénicienne. (*Les Mondes*)

nexion avec la lésion rénale, la néphrite interstitielle. Celle-ci, en quelque sorte, sautait aux yeux à la simple inspection des reins, et le fait dont il s'agit ici peut être donné comme un remarquable exemple de néphrite interstitielle, avec tous ses caractères macroscopiques à leur maximum de netteté. Quant à l'étude histologique des reins, elle sera poursuivie aussitôt que les pièces auront subi les préparations nécessaires.

Avec les résultats de l'autopsie, l'histoire de la maladie se reconstitue sans lacunes : la scarlatine ayant existé deux mois auparavant, a déterminé une de ses conséquences classiques, la néphrite, qui a évolué insidieusement, jusqu'au jour où ont éclaté les accidents rapidement mortels qui ne peuvent être mis que sur le compte de l'urémie. Nous avons eu affaire ici à une forme rare de l'urémie, la forme dyspnéique, et c'est à cette terminaison insolite de la maladie que sont dues les incertitudes du diagnostic. Malgré les présomptions d'une affection rénale, résultant de l'existence antérieure de la scarlatine, la physionomie clinique de ce cas s'est trouvée comme défigurée par la prédominance exclusive de la dyspnée, qui nous a fait diriger obstinément nos recherches vers quelque lésion des appareils respiratoire ou circulatoire. On a pu remarquer aussi que les soupçons formulés dès le début au sujet d'une affection des reins, n'avaient donné que des résultats négatifs : absence de douleurs lombaires, absence d'albumine dans les urines. C'est aussi en vertu de cette sollicitation forcée vers les organes thoraciques, que l'étude de la sécrétion urinaire n'a pas été l'objet de notre attention pendant le séjour du malade à l'hôpital. D'une enquête à laquelle je me suis livré à ce sujet, après l'autopsie, auprès de la sœur et des infirmiers du service, il résulterait que le malade avait uriné très peu et très rarement, deux fois seulement, m'a-t-on dit. Quoi qu'il en soit du peu de précision de ces renseignements rétrospectifs, il me paraît hors de doute que la terminaison brusque de ce cas ne peut être mise que sur le compte de l'urémie, dans une de ses formes rares, mais déjà décrites, la forme dyspnéique, à l'exclusion complète de tout symptôme nerveux, soit comateux, soit convulsif.

Cette observation me paraît digne d'intérêt, par toutes ses particularités.

1° Au point de vue anatomo-pathologique, elle représente un type complet et éminemment instructif de néphrite interstitielle, avec les lésions caractéristiques des deux reins et l'hypertrophie cardiaque concomitante.

2° Au point de vue clinique, elle est un exemple curieux des surprises que peuvent nous réserver les néphrites par leur évolution entièrement latente et leur terminaison rapidement mortelle par le développement des accidents urémiques. Avant l'apparition soudaine de la dyspnée, un seul symptôme s'était montré, dont la haute signification était déjà connue pour le diagnostic de la néphrite interstitielle; je veux parler de ces œdèmes légers des extrémités et de la face. Si l'on s'en rapportait à l'évolution du cas actuel, il serait presque permis de dire que ce symptôme peut acquérir une valeur pathognomonique, comme signe révélateur de la néphrite interstitielle.

3° Au point de vue clinique encore, cette observation confirme les données classiques de la susceptibilité extrême des reins à la suite de la scarlatine, et même des scarlatines les plus légères; aucun cas ne saurait être plus propre que celui qui précède à nous montrer la néphrite interstitielle comme la plus redoutable complication parmi les suites éloignées de la scarlatine.

4° Au point de vue de la pratique, cet exemple mérite peut-être d'être interprété comme une confirmation des préceptes formulés de vieille date, sur les précautions à prendre à la suite de la scarlatine et notamment sur la longueur à imposer à la convalescence, même dans les cas où le peu de gravité de la maladie entraînerait facilement les malades, et souvent même le médecin, à s'affranchir trop vite de ces précautions.

---

# BIBLIOTHÈQUE

**LEÇONS SUR LES MALADIES DE LA PEAU**, par M. Moritz Kaposi (de Vienne) ; traduites et annotées par MM. Ernest Besnier et A. Doyon. 2 vol. in-8°. Paris, G. Masson; 1881.

L'enseignement de la dermatologie est devenu, par les travaux d'Hébra et de ses élèves, une des gloires de l'université de Vienne. En Suisse, en Allemagne, en Angleterre, en Russie, en Amérique, selon l'heureuse expression des commentateurs du livre de Kaposi : « La parole d'Hébra est la parole de vérité », et la doctrine de l'école de Vienne « qu'il a créée est l'Évangile dermatologique ». Mais, comme le font remarquer MM. Besnier et Doyon, dans l'introduction à l'ouvrage actuel, l'éclat de cet enseignement ne devrait cependant pas faire méconnaître et passer sous silence de nombreux travaux qui sont l'honneur de la dermatologie française. L'école de l'hôpital Saint-Louis n'est pas déchue de son ancienne gloire. C'était une œuvre d'équité et de patriotisme, que les auteurs ont su accomplir avec succès, de revendiquer, en face de l'école de Vienne triomphante, les titres légitimes de l'école française, en montrant les merveilleuses ressources et l'incomparable champ d'études qu'offre l'hôpital Saint-Louis, et aussi en exposant avec franchise les lacunes de l'enseignement de la dermatologie à Paris.

Le mérite et le souvenir d'Hébra ne sont certainement pas les seuls motifs qui attirent les médecins étrangers à l'hôpital de Vienne. Il faut chercher les causes de cette vogue dans les dispositions matérielles les plus heureuses et le groupement dans une même enceinte de tous les éléments d'études : bibliothèque, laboratoires, salles de malades, cours échelonnés à des heures diverses, etc. Il est donc possible, en quelques mois, de s'initier sinon complétement, du moins d'une manière suffisante pour la pratique quotidienne, à la pathologie et à la thérapeutique des maladies de la peau. A Paris, nul groupement semblable. Les cliniques officielles ou libres ont lieu à la même heure ; les hôpitaux sont éloignés les uns des autres et les élèves retenus dans leurs services respectifs à l'heure des leçons. L'admirable musée dermatologique de Saint-Louis, œuvre personnelle des médecins de cet hôpital, n'a qu'un budget et un nombre d'employés insuffisants; les salles de travail et une bibliothèque font défaut; les laboratoires d'histologie cutanée normale et pathologique n'existent pas. En un mot, absence de locaux, défaut de matériel, insuffisance du personnel. Aussi, le médecin de Saint-Louis est-il obligé d'y enseigner la dermatologie à ses frais. Ces critiques ont une valeur considérable sous la plume des éminents traducteurs de Kaposi, qui, l'un et l'autre, « ont atteint le point de la carrière où il est permis de parler avec franchise et sans crainte de voir une parole, que l'on sait toujours être loyale et indépendante, non comprise ou mal interprétée ». (p. IX).

A Lyon, l'organisation matérielle de l'enseignement est meilleure; mais les chefs de service de l'Antiquaille quittent l'hôpital à l'âge où ils pourraient rendre les services les plus utiles à la science et à l'enseignement. Certes, si malgré de si nombreux inconvénients et de telles entraves, la dermatologie française a su conquérir et conserver une place des plus éminentes, des plus glorieuses, c'est à l'énergie des médecins de Saint-Louis qu'elle en est redevable; mais bien autres auraient été les résultats acquis, si les professeurs avaient été secondés par une bonne organisation, devenue maintenant indispensable, sous peine de déchéance vis-à-vis des étrangers. Pour rendre à l'hôpital Saint-Louis l'influence qui lui échappe, il faut donc entrer dans la voie des réformes matérielles les plus sérieuses. A cette condition seule la lutte sera possible contre la redoutable concurrence de l'école de Vienne et contre la vogue qui entraîne en Autriche le flot de médecins étrangers, habitués autrefois à venir à Paris étudier les maladies de la peau. Aussi ce serait une noble tâche et une œuvre de patriotisme pour les pouvoirs publics de la ville de Paris, de réorganiser cet enseignement, qui est l'une des gloires du corps médical des hôpitaux, et d'établir sur de larges bases un Institut dermatologique qui serait à la fois pour les étudiants étrangers un centre où ils afflueraient, et un foyer d'où ils s'éloigneraient plus tard pour propager les doctrines de leur école d'adoption et étendre l'influence de l'école française.

La traduction des *Leçons* de Kaposi est un premier pas dans cette voie. Elle fera connaître les méthodes et l'esprit de l'école de Vienne, qui examine la lésion locale au point de vue clinique et thérapeutique, en mettant de côté l'état constitutionnel du sujet, et même en dédaignant les phénomènes pathologiques généraux, qu'on attribue le plus souvent à la disparition ou à la persistance de certaines dermopathies. Dans ce cas, il n'existerait plus d'affections cutanées rebelles au traitement local ou bien épisodiques d'un état pathologique général. C'est avec raison que les savants traducteurs font remarquer la sagesse de l'école française, qui s'inspire surtout des faits cliniques, lorsqu'elle enseigne qu'il est des lésions viscérales ou des troubles fonctionnels dans lesquels il faut user de prudence dans l'emploi des médications locales. Un autre chapitre, celui de la syphilis, montre bien les divergences qui séparent les deux enseignements, et la supériorité des doctrines de l'école française au lit des malades.

La description des affections cutanées est complète, trop complète même, car l'auteur obéit à un véritable entraînement de spécialiste et envahit le domaine de la pathologie médicale et chirurgicale en plaçant dans la dermatologie les brûlures, le furoncle, l'anthrax, l'érysipèle, la morve, le bouton d'Alep, la pustule maligne, les piqûres anatomiques, les ulcères, les carcinomes et même les fièvres éruptives. C'est étendre un peu trop loin le domaine de la dermatologie!

Un chapitre excellent est celui des dermatoses parasitaires et des névroses cutanées, qui sont trop souvent confondues sous le nom de prurit. Enfin, de nombreuses notes des traducteurs, constituant même quelquefois, par leur étendue, de véritables chapitres additionnels, complètent les lacunes de l'ouvrage original. Il en est ainsi, par exemple, de la leçon sur l'éléphantiasis, où on est heureux de retrouver, dans une note du docteur Besnier, le résumé d'une excellente leçon professée par ce médecin, en 1878, à l'hôpital Saint-Louis. Il en est de même du chapitre relatif au lupus, dont le traitement au moyen des scarifications est l'objet d'une intéressante description.

Ici, reconnaître les doctrines d'une école rivale, c'est préparer des armes pour la lutte. A ce point de vue, en traduisant et en annotant l'ouvrage actuel, MM. Besnier et Doyon font un premier pas pour la restauration de l'école dermatologique française. De plus, ils mettent entre les mains des étudiants et des médecins, un livre donnant exactement l'état actuel de la science sur tous les points de la dermatologie. Tandis que les leçons d'Hébra sont un Compendium de pathologie cutanée, à l'usage surtout des spécialistes, celles de Kaposi, constituent le livre des praticiens et des étudiants, au point de vue de la clinique et de la thérapeutique journalières. — Ch. ELOY.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 août 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE. — De la greffe cutanée. — Recherches sur la contusion du testicule et ses conséquences. — Opération de thyroïdectomie.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Charles MONOD revient sur la question de la greffe cutanée. Il dit que les recueils scientifiques contiennent environ quarante observations d'opérations de ce genre. Une des conditions de la réussite de cette opération, c'est l'action de la chaleur sur les greffes cutanées. Les cataplasmes chauds, ou mieux encore les compresses de LINT trempées dans l'eau chaude favorisent leur vitalité. La toilette du lambeau cutané doit être faite dans l'eau chaude.

— M. TERRILLON donne lecture d'un travail qui lui est commun avec M. Charles Monod, et qui contient les résultats de leurs recherches expérimentales sur la contusion du testicule et ses conséquences. Voici les conclusions de ce travail :

« 1° La contusion du testicule peut produire des phénomènes douloureux passagers, sans désordres appréciables ni réaction considérable.

2° Si elle est plus violente, elle cause dans le testicule des désordres primitifs bientôt suivis de réaction inflammatoire, laquelle conduit à l'atrophie de l'organe, plus rarement à la suppuration.

On peut donc dire que l'*orchite traumatique* par contusion est une *orchite atrophiante* d'un pronostic grave pour la fonction. On peut lui reconnaître trois degrés :

Le premier degré est constitué par de simples hémorrhagies du tissu cellulaire ;

Le second par des foyers hémorrhagiques correspondant à la rupture des tubes séminifères;

Le troisième par la rupture de l'albuginée, avec sortie des tubes dans la vaginale; c'est l'écrasement du testicule.

3° L'atrophie se montre le plus souvent chez les adolescents, la suppuration chez les vieillards et les individus prédisposés.

4° L'épididyme est le plus souvent atteint en même temps que le testicule, mais il a moins de tendance à l'atrophie.

5° La fréquence de l'orchite par contusion a été beaucoup exagérée; elle est souvent confondue avec l'orchite uréthrale, car les malades rapportent à un choc les premières douleurs qu'ils éprouvent au début de cette affection. L'examen attentif de l'urèthre permettra seul d'éviter l'erreur.

6° On peut admettre cependant que la contusion peut avoir pour effet soit de développer

une affection tuberculeuse ou syphilitique chez des individus atteints de ces diathèses, soit de réveiller des tubercules ayant évolué jusqu'alors à l'état latent.

7° Les phénomènes qui évoluent autour du testicule ou de l'épididyme, notamment dans la vaginale et le tissu cellulaire du scrotum, masquent souvent les caractères de l'affection et sont souvent une cause d'erreur. »

M. Berger dit que, dans la question relative à l'atrophie du testicule, consécutive à la contusion et à l'orchite primitive, il importe surtout de considérer l'âge du sujet. Ce sont les jeunes sujets chez lesquels cette atrophie est le plus souvent observée. L'épididymite blennorrhagique peut être également suivie d'atrophie testiculaire. On peut donc dire, d'une manière générale, que, chez les jeunes sujets, l'orchite, quelle qu'en soit la cause, amène plus souvent l'atrophie de la glande.

M. Desprès a observé des malades qui, à la suite d'un coup violent reçu sur le testicule, avaient vu cet organe devenir dur et augmenter de volume. La contusion du testicule amène l'atrophie seulement chez les jeunes sujets.

M. Le Dentu demande ce qu'on entend par un sujet jeune. S'agit-il d'un enfant ou d'un adolescent? Mais alors la proposition qui précède est inexacte, car M. Poncet a communiqué dernièrement deux observations d'individus adultes ayant eu une atrophie du testicule très peu de temps après une contusion de cet organe.

M. Le Dentu a observé lui-même un jeune homme de 22 à 23 ans qui, ayant fait une chute dans laquelle le testicule fut contusionné, éprouva une augmentation de volume, mais avec une mollesse de l'organe qui donnait la sensation de la fluctuation. Les phénomènes inflammatoires d'ailleurs très peu considérables qui suivirent cette contusion furent traités par de simples cataplasmes. Très rapidement, en une vingtaine de jours, le testicule commença à diminuer de volume et finit par disparaître complètement.

Ainsi, dans ce cas, le résultat de la contusion fut une orchite traumatique sans induration, au contraire avec mollesse de l'organe suivie d'atrophie.

M. Desprès fait remarquer que les atrophies testiculaires, à la suite de traumatismes, sont extrêmement rares, bien que les contusions soient très fréquentes. Pour lui, il n'a eu qu'une seule fois occasion d'observer l'atrophie du testicule après un traumatisme.

M. Horteloup ne croit pas que le nom d'orchite traumatique puisse être appliqué aux cas dont il vient d'être question. En effet, dans l'orchite, la douleur est excessivement vive et fait pousser des cris aux malades. Il y a donc, dans les cas dont on a parlé, quelque chose de spécial qui ne mérite pas le nom d'orchite traumatique.

M. Terrillon pense que l'on doit admettre deux variétés d'orchite traumatique, l'une interstitielle, l'autre épithéliale; la différence de siège rendrait compte, suivant lui, de la différence des symptômes, comme dans les deux variétés de néphrite interstitielle et catarrhale.

— M. Tillaux fait une communication relative à une opération de thyroïdectomie qu'il a pratiquée, il y a quelques semaines, sur un malade atteint de tumeur du corps thyroïde avec exophthalmie, ou, en d'autres termes, de la maladie désignée communément sous le nom de goître exophthalmique. L'opération fut pratiquée quelques jours après la présentation du malade à la Société de chirurgie, et avec l'assistance de quelques-uns des collègues de M. Tillaux qui avaient bien voulu l'encourager dans sa tentative opératoire.

Le chloroforme ne fut pas administré, à cause des accès de suffocation éprouvés par le malade et qui augmentaient d'une manière effrayante à toute tentative d'inhalation de cet agent anesthésique. On dut remplacer le chloroforme par le mélange de chloral et de sirop de morphine préconisé par M. Trélat, mais qui, dans ce cas, ne fut pas très efficace, car le malade souffrit beaucoup pendant l'opération.

A l'aide de trois incisions, deux verticales et parallèles et une horizontale, M. Tillaux commença par tailler un large lambeau quadrilatère qu'il rabattit sur le menton.

Les incisions faites, une première difficulté se présente, celle de savoir reconnaître l'enveloppe du corps thyroïde dont la couleur se distingue à peine de celle des fibres musculaires distendues et amincies par la tumeur. On y arrive en incisant ces fibres couche par couche. Une fois la capsule d'enveloppe reconnue, il s'agit de détacher le corps thyroïde qui tient par quatre pédicules, deux de chaque côté, formés par les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures considérablement augmentées de volume. La meilleure conduite à tenir, suivant M. Tillaux, d'est d'aller immédiatement chercher l'extrémité inférieure du corps thyroïde qui plonge dans le médiastin et de la dégager du sternum en l'énucléant de bas en haut, si toutefois la tumeur n'a pas contracté des adhérences avec le sternum.

En soulevant ensuite doucement la tumeur de bas en haut, on arrive sur les pédicules inférieurs que l'on coupe après les avoir liés, puis sur les pédicules supérieurs qui, étant situés plus profondément, offrent à l'opérateur plus de difficultés. Généralement le lobe thyroïdien gauche est plus facile à enlever que le droit. M. Tillaux éprouva quelques difficultés à cause du ramollissement de la tumeur, dont l'enveloppe se déchira sous les tractions, et à cause des adhérences qu'elle avait contractées avec la trachée et avec la carotide primitive gauche. Une dissection patiente et attentive permit de terminer l'opération sans accident. La plaie fut ensuite réunie par des sutures, et un tube à drainage fut placé à la partie inférieure de la plaie.

Malgré l'étendue de celle-ci, la réunion immédiate était complète au sixième jour, et, sans un érysipèle ambulant qui se déclara et qui fatigua beaucoup le malade, M. Tillaux aurait pu le présenter à la Société de chirurgie dès le sixième jour après l'opération.

Ce qu'il y a de plus remarquable encore dans le cas dont il s'agit, c'est que les accidents diminuèrent, et quelques-uns même disparurent instantanément après l'opération. Dès le lendemain, l'exophthalmie avait diminué et le malade disait qu'il lui semblait que les paupières étaient trop larges pour ses yeux. Il n'existait plus de troubles de la circulation ni de la respiration. Enfin, tous les phénomènes physiologiques et physiques produits par la compression de la tumeur avaient disparu.

Malheureusement, ainsi que l'examen histologique de la tumeur l'a montré, il s'agissait d'un sarcome du corps thyroïde. Un mois après l'opération, le malade succombait à une récidive du sarcome dans les poumons, ou, en d'autres termes, à la généralisation de l'affection sarcomateuse dans les viscères.

Malgré cela, cette observation n'en est pas moins remarquable au double point de vue de la médecine opératoire et de la thérapeutique, puisqu'elle montre d'abord une fois de plus que la thyroïdectomie peut être pratiquée avec succès et sans accident, et, ensuite, que l'ablation du corps thyroïde fait cesser, comme par enchantement, les troubles si graves qui, dans le goître exophthalmique, se manifestent du côté de la respiration et de la circulation. Il y aurait donc lieu d'admettre, suivant M. Tillaux, au moins une variété de tumeur thyroïdienne qui produirait des accidents identiques à ceux du goître exophthalmique proprement dit, et dont l'ablation amènerait la diminution rapide et la disparition complète de ces accidents. Ainsi se justifierait l'idée de Piorry, qui rattachait à des phénomènes d'ordre mécanique les troubles observés dans le goître exophthalmique.

M. Marc Sée pense que, si M. Tillaux eût pu connaître d'avance la nature sarcomateuse et le ramollissement de la tumeur, il eût hésité à pratiquer l'opération, qui pouvait amener les accidents hémorrhagiques les plus formidables.

M. Sée est peu disposé à admettre avec M. Tillaux l'existence d'un goître purement mécanique, car l'observation montre que les troubles morbides ne sont pas toujours en rapport avec le volume de la tumeur, qu'il existe, par exemple, des cas dans lesquels les troubles graves du côté du cœur coïncident avec un goître très peu marqué. Il y aurait évidemment lieu d'établir des catégories de goître et de faire jouer, dans la symptomatologie, un rôle, d'une part, à la prédisposition de certains malades aux troubles de l'innervation; d'autre part, à la nature encore mal connue de la tumeur.

M. Le Dentu, à l'appui de ce que vient de dire M. Marc Sée au sujet du danger de l'hémorrhagie dans les cas analogues à celui de M. Tillaux, cite le fait d'un malade qu'il a traité, il y a dix-huit mois, à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur assez volumineuse du cou qui avait déterminé des phénomènes de compression, de dyspnée, mais sans exophthalmie. M. Le Dentu fit une tentative d'extirpation à l'aide du thermo-cautère; mais, arrivé sur la tumeur, il la trouva dans un état de ramollissement tel que le tissu se déchirait sous le doigt, et qu'il se produisit une hémorrhagie extrêmement abondante qui obligea M. Le Dentu de s'arrêter et de se borner à faire un simple tamponnement. Le malade mourut quelques jours après.

M. Le Dentu a également observé un sarcome ramolli du corps thyroïde qu'il prit pour un kyste; une ponction exploratrice avait donné issue, en effet, à un liquide. Les accidents s'étant aggravés, il ouvrit la poche avec le caustique au chlorure de zinc. Il trouva un mélange de tissu myxomateux et de débris caséeux. Le malade succomba à des accidents hémorrhagiques et septicémiques. La tumeur ne fut pas examinée au microscope, mais elle était évidemment de mauvaise nature.

Dans les deux cas qui précèdent, il y avait l'ensemble symptomatique du goître exophthalmique; mais M. Le Dentu a observé d'autres cas où l'ensemble des caractères indiqués par M. Tillaux n'était pas complet; la tumeur était mollasse, fuyant sous les doigts; il n'existait

pas de phénomènes de compression. Dans ces cas, la digitale à doses un peu considérables a produit une amélioration très marquée.

Il y a lieu, suivant M. Le Dentu, d'admettre un goître exophthalmique qui est du ressort de la pathologie et de la thérapeutique médicales, et dans lequel les prédispositions du système nerveux des malades jouent un grand rôle. On voit, en effet, de petites tumeurs avec une exophthalmie considérable *et vice versa.*

M. Berger dit que le professeur Rose (de Zurich) propose, pour conjurer les dangers que courent les malades pendant l'opération de la thyroïdectomie, de pratiquer préalablement la trachéotomie. L'extirpation ne doit être faite que dans les cas de tumeur bénigne; lorsqu'on a lieu de soupçonner la nature maligne de la tumeur, il faut se borner, comme moyen de soulagement des malades, à faire la trachéotomie. Malheureusement il est souvent difficile de déterminer la nature de la tumeur qui ne se révèle qu'à l'examen microscopique.

M. Duboué (de Pau), membre correspondant, expose une théorie des accidents produits par le goître exophthalmique. Malheureusement l'orateur a parlé à voix tellement basse qu'il nous a été impossible de l'entendre.

M. Tillaux répond aux objections soulevées par sa communication. Il insiste sur le vague et le défaut de précision des diverses théories émises sur le goître exophthalmique et dont aucune ne repose, à son avis, sur des faits bien observés. Il termine en disant que, pour lui, une tumeur quelconque du corps thyroïde peut donner lieu aux phénomènes du goître exophthalmique; c'est là une question de rapports de la tumeur avec le système vasculaire et nerveux du cou. Malheureusement ces rapports sont encore inconnus, et tout ce que l'on peut dire dans l'état actuel de la science se résume en ceci : il existe certaines tumeurs du corps thyroïde qui, quelle que soit leur nature, contractent avec le système vasculaire et nerveux du cou, surtout avec le système nerveux du grand sympathique, des rapports tels qu'il en résulte des troubles morbides, circulatoires et nerveux, identiques à ceux du goître exophthalmique.

Dr A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Observation de péritonite suraiguë consécutive à une perforation stomacale; mort,* par les docteurs Pineau et Plaisent, médecins-majors de 1re classe. — Un jeune soldat de la classe 1879, ayant les attributs d'une robuste santé, se plaint depuis un an de vives douleurs stomacales, de troubles de l'appétit, de diarrhée par intervalles; il conservait cependant son embonpoint. Le 5 décembre 1880, deux heures après son repas, il éprouve des vomissements alimentaires et vermineux, du hoquet et de l'algidité, et tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Malgré un traitement approprié, et l'aggravation des symptômes se prononçant, il entre à l'hôpital le 6 décembre. Mais la maladie continue sa marche et le malade meurt quelques heures après.

A l'autopsie, on constate de la sérosité et des lombrics dans la cavité abdominale; des fausses membranes entre les anses intestinales. Sur la partie supérieure de sa face antérieure, l'estomac présente une perforation circulaire correspondant à une auréole inflammatoire située sur la face postérieure du lobe gauche du foie. Les organes respiratoires et circulatoires sont intacts.

Cet homme était probablement atteint depuis un certain temps d'un ulcère simple de la face antérieure du grand cul-de-sac stomacal, à marche lente de dedans en dehors et ayant donné lieu à des adhérences inflammatoires gastro-hépatiques oblitérant la perte de substance. Sous l'influence d'un repas trop copieux et de la distension intestinale, les adhérences se sont rompues et l'épanchement alimentaire a produit la péritonite suraiguë à laquelle il a succombé. (*Recueil de mém. de méd. et de chir. milit.*, 1881, n° 201, t. XXXVII, p. 282. — Ch. E.

*Déchirure du rein; hémorrhagie péri-rénale,* par M. le professeur R. Dubrueil. — Le 1er mars, un homme reçoit un coup de brancard de charrette sur le côté droit et meurt la nuit suivante, après avoir uriné du sang, éprouvé une vive douleur dans le flanc droit et présenté les signes d'une hémorrhagie. A l'autopsie, on constate une masse de sang dans le mésocôlon ascendant en arrière de la cavité du péritoine. Ce dernier était intact. Le rein était déchiré dans sa portion supérieure située au-dessus du hile; les surfaces de section étaient nettes. Le fragment inférieur présentait une deuxième déchirure parallèle à la première. Les autres organes étaient intacts et la mort était le résultat de l'abondance de l'hémorrhagie. Il existe des faits analogues dans la thèse de Bloch (1873). Si le diagnostic pouvait

être fait assez à temps dans un cas semblable, il y aurait peut-être lieu d'inciser la région lombaire, d'évacuer l'épanchement sanguin et de pratiquer la néphrectomie. (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Montpellier*, 1881. p. 124, n° 11, 3e année.) — Ch. É.

*Du goître exophthalmique*, par M. le professeur POTAIN. — La jeune fille qui a été l'objet de cette leçon était malade depuis trois ans. La tuméfaction du corps thyroïde, l'exophthalmie et les palpitations du cœur s'étaient développées dans l'espace de huit jours. Depuis, elle est devenue anémique. Les bruits du cœur sont normaux, le goître est saillant, surtout à gauche, et l'exophthalmie est modérée; c'est-à-dire que l'occlusion des paupières est encore possible. L'état cachectique s'est rapidement développé en quelques semaines, mais cette anémie est un élément seulement de la maladie, et par conséquent n'en aggrave pas le pronostic.

Dans le traitement, l'emploi du fer est généralement heureux; la digitale, l'aconit, sont inutiles en l'absence de lésions du cœur; le bromure de potassium peut donner de bons résultats dans de violentes palpitations. En résumé, le fer, l'hydrothérapie, l'électricité au moyen des courants continus, sont les médications efficaces, à condition, toutefois, d'être poursuivies pendant des mois et même des années. (*Le Praticien.* p. 304, n° 26, 27 juin 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE LA PLEURODYNIE. — D'HEILLY.

Dans les cas légers, application locale de quelques agents narcotiques ou de révulsifs légers : cataplasmes laudanisés, frictions de baume tranquille, badigeonnages avec un mélange à parties égales de teinture d'iode et de laudanum, sinapismes, sachets de sable chaud, compresses de chloroforme. — Donner au corps une position favorable pour que les muscles douloureux soient relâchés. — Si la douleur est très violente, émissions sanguines locales, sangsues, ventouses scarifiées, vésicatoires morphinés. — Bains tièdes, bains russes, bains de vapeur. — Si l'affection tend à la chronicité, douches chaudes, avec des eaux sulfureuses ou salines, telles que Luchon, Barèges, Aix-en-Savoie, le Mont-Dore, Néris, Bourbonne. L'électricité, sous forme de courant constant, peut être également utile. — N. G.

## COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

POUVOIR CALORIFIQUE DU SOLEIL. — Conclusions de M. le professeur Langley. — Un rayon de soleil d'un centimètre carré de section, par un beau ciel des montagnes Alleghany, apporte à la terre en une minute assez de chaleur pour élever d'un degré la température d'un gramme d'eau. S'il était concentré sur une couche d'eau d'un cinq centième de millimètre d'épaisseur, d'un millimètre de largeur, de dix millimètres de longueur, il la chaufferait à 83°,5 en une seconde, en supposant que la couche puisse garder toute cette chaleur. Et, puisque la chaleur spécifique du platine est seulement de 0,0032, une bande de platine de même dimension serait, dans la même supposition, chauffée dans une seconde à 2603°, température suffisante pour le fondre.

EXPOSITION ET CONGRÈS VITICOLE. — Ce congrès auquel sont invités les hommes experts et spéciaux de toutes les contrées, s'ouvrira à Milan en septembre prochain, dans le but principal de soumettre à une enquête rigoureuse la question capitale des maladies de la vigne, lesquelles, dans ces dernières années, ont rendu par trop incertaines les vendanges dans un grand nombre de pays. L'exposition sera surtout consacrée aux diverses applications faites jusqu'ici à la végétation, des moyens de destruction des insectes, aux appareils à greffer et à écussonner, aux photographies, gravures et publications illustrées relatives aux maladies de la vigne, aux échantillons de petits insectes, etc., etc. (*Les Mondes.*)

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 23 *août* 1881. — Deux lectures intéressantes et une dispute qui l'était beaucoup moins, tel est le bilan de la séance.

M. Ch. Richet, agrégé à la Faculté, fait aujourd'hui sa première présentation à l'Académie; on l'écoute avec sympathie, et le silence favorable qui l'accueille rend un hommage mérité au jeune physiologiste dont le zèle désintéressé pour la science est déjà connu par d'excellents travaux. Notre collègue a choisi, pour faire ses premières armes à la tribune, un sujet qui regarde à la fois physiologistes, médecins et chirurgiens : *Les causes de la mort dans le tétanos électrique*. Ce travail expérimental s'applique immédiatement aux faits cliniques, et nous servira sans doute à mieux connaître le tétanos traumatique ou spontané. Il paraît que, d'une façon générale, « les lapins meurent par asphyxie, les chiens par hyperthermie » ; c'est la contraction musculaire qui amène l'asphyxie, c'est elle qui élève la température jusqu'aux degrés mortels, 44°5 et 45°2 ; si on la supprime tout en continuant l'excitation nerveuse, l'animal ne meurt pas. Tous ces faits sont à noter, à rapprocher des observations au lit du malade; nous ne pouvons les apprécier, comme nous le voudrions, après une audition si rapide, mais nous les mettrons bientôt sous les yeux de nos lecteurs.

M. Krishaber, candidat à la place de membre associé libre, expose le résultat de recherches expérimentales faites en commun avec notre collègue et ami, le docteur Dieulafoy. Il s'agit de l'*inoculation du tubercule sur le singe*, c'est-à-dire d'une question pleine d'actualité, sur laquelle on ne saurait trop multiplier les expériences. Le choix des sujets donne à celles-ci une originalité toute nouvelle. Au lieu d'expérimenter sur des animaux presque réfractaires au tubercule, comme le chien, ou d'une extrême susceptibilité, comme le cobaye et le lapin, nos auteurs s'adressent à une espèce très voisine de l'homme, et qui, renseignements pris, est affectée de tuberculose à peu près dans la même proportion que l'espèce humaine. Ils écartent ainsi une objection souvent produite, et donnent par là même à leurs recherches un caractère de grande exactitude. M. Krishaber vient de nous montrer une fois de plus qu'il sait aborder sans terreur les questions les plus diverses, et faire d'utiles échappées hors de la spécialité où il excelle.

Ici commence la dispute. Dernièrement M. J. Guérin, discutant le rapport de M. Hervieux sur la vaccine, avait répété à l'Académie quelques mots échangés à Londres entre lui et M. Warlomont, d'où il semblait résulter que notre confrère de Bruxelles, jusqu'ici un des plus ardents propagateurs de la vaccine animale, tendait à se rallier aux idées de M. J. Guérin en attribuant quelque supériorité à la vaccination jennérienne. Ce semblant de conversion avait fort étonné l'Académie; aussi M. Hervieux a-t-il cherché de plus amples renseignements et s'est-il muni de pièces nouvelles. Son attaque est vive et pressante : on trouve dans un journal anglais du 10 août une lettre de M. Warlomont en réponse à un plaidoyer du docteur Collin pour le vaccin jennérien. Non-seulement le médecin de Bruxelles « n'abandonne pas le drapeau de la vaccine animale, mais il le relève plus fièrement que jamais », et l'orateur estime que cette lettre est « un cruel démenti » infligé aux paroles de son adversaire. Mais ce n'est pas tout; M. Hervieux a obtenu de M. Warlomont une lettre nouvelle où se trouve exprimée sans réserve toute sa pensée sur la question en litige. Elle se résume dans les trois phrases suivantes, saisies au passage : « Je n'ai absolument rien dit de semblable... Mon opinion n'a pas varié... La vaccination animale est une excellente chose. »

M. J. Guérin n'est pas déconcerté. Dans quinze jours, il veut lire à l'Académie un travail qu'il prépare à l'aide de documents nouveaux, et qui doit, dit-il, réduire à sa juste valeur l'opinion de M. Warlomont. Sur la conversation qu'on lui reproche d'avoir mal reproduite, l'orateur se défend avec véhémence, affirme que M. Warlomont lui a concédé « quelque chose » en faveur du vaccin jennérien, et « en habile

avocat, s'échappe par la tangente », si nous en croyons M. Hervieux. Sur la réplique de celui-ci, la discussion devient une mêlée véritable; la lettre de M. Warlomont fournit les projectiles; à une phrase qui semble adopter certaines conclusions formulées en 1867 par M. J. Guérin, succède une autre phrase, où l'auteur regrette que son éminent confrère ne lui ait pas laissé le soin d'exprimer sa pensée lui-même. Le président se lève, se rassied, fait remarquer doucement que « ces détails manquent d'intérêt. » Enfin tout s'apaise et, comme de juste, la voix de M. Depaul se fait entendre; c'est pour prier M. J. Guérin d'ajouter « à toutes ses bontés » l'ajournement de la communication qu'il prépare, M. Depaul devant faire une absence. M. J. Guérin, qui « appelle toutes les contradictions, prendra le jour et l'heure de son adversaire. » — Dans six semaines? — C'est un peu long; mais le pacte est conclu, pour avoir une fois de plus « l'honneur et le plaisir » de discuter ensemble. — L.-G. R.

# CLINIQUE MÉDICALE

## ANÉMIE CÉRÉBRALE PAR THROMBOSE. — MARCHE INTERMITTENTE DES ACCIDENTS; ABSENCE DE PHÉNOMÈNES RÉACTIONNELS.

Par le docteur Ch. ELOY, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans l'anémie cérébrale par thrombose, les symptômes de dépression suivent habituellement une marche continue et progressive et sont, le plus souvent, compliqués ou marqués par des phénomènes réactionnels. Telle n'a pas été l'évolution du fait suivant. Ces phénomènes ont fait défaut et la marche des accidents a été caractérisée par des alternatives d'aggravation et d'amélioration nettement délimitées.

Le 12 octobre 1880, en l'absence de mon confrère et ami, le docteur Bertholle, je suis appelé auprès de M^me X..., qui venait de se trouver subitement indisposée au début de son dîner et à la suite d'une émotion. M^me X... avait, pendant plusieurs minutes, perdu la parole; elle avait été prise de vomissements et de mouvements convulsifs du visage et des membres supérieurs. Ces phénomènes avaient été fugitifs, et à mon arrivée, la motilité, la sensibilité, les fonctions sensorielles étaient intactes. Seule la parole était encore hésitante et la malade éprouvait une douleur à la nuque.

Bien qu'âgée de 70 ans, M^me X... n'a pas d'antécédents morbides; elle aurait, dit-elle, été atteinte, il y a plusieurs années, de quelques manifestations goutteuses très bénignes. Sa constitution paraît robuste; seulement son caractère est devenu très impressionnable et elle a une notable diminution de la mémoire depuis plusieurs mois.

Tout paraissait rentré dans l'ordre; le sommeil fut calme jusqu'à trois heures du matin; à ce moment se manifestent de nouveaux accidents pour lesquels je suis appelé à la hâte. Je trouve M^me X... dans le coma et la résolution. Cet état est interrompu, de temps en temps, par des contractions fugitives des muscles du visage et par des secousses convulsives dans les membres supérieurs; mais après une heure environ, ces phénomènes disparaissent et le relâchement musculaire devient absolu. Les muscles de la mâchoire sont contractés et il existe un véritable trismus.

On observe en même temps de l'anesthésie des membres, de la perte des mouvements réflexes, malgré des excitations énergiques. La respiration est stertoreuse et diaphragmatique, le pouls donne 76 pulsations à la minute. Enfin, absence totale de signes physiques à l'auscultation et à la percussion. A la suite d'une consultation avec le docteur Millard, médecin de l'hôpital Beaujon, une application de sangsues et l'administration d'un purgatif drastique sont prescrites.

Cet état persiste jusqu'au lendemain 14 octobre, où une amélioration subite se traduit par le retour de la motilité, de la sensibilité et des facultés intellectuelles. La malade conserve toutefois une tendance à l'assoupissement. Le 15 octobre, notre honoré maître, le docteur Millard, constate la persistance de cette amélioration, et le 17 octobre je remets la malade entre les mains de mon confrère Bertholle, qui est de retour.

L'amélioration persiste jusqu'au 19 octobre, époque où, presque subitement, les symptômes cérébraux se reproduisent; c'est-à-dire la perte de connaissance, la roideur tétanique des muscles des membres et de la mâchoire, le coma, la dilatation pupillaire, la respiration ster-

toreuse; l'absence de délire et de paralysies localisées. Cet état dure jusqu'au 22 octobre. A cette date se manifeste une amélioration générale qui s'accentue de jour en jour, et du 25 octobre au 11 novembre, on revient même à l'espoir. Il ne reste, plus que de l'hésitation très légère dans la langue, quelques nuages dans les idées; de l'agitation et un faible délire nocturne.

Le 12 novembre, retour des symptômes cérébraux avec intensité; le coma est plus profond, la roideur musculaire plus grande, le trismus plus prononcé, la respiration plus stertoreuse et la sensibilité plus obtuse. L'aggravation des symptômes augmente pendant les jours suivants, et la malade succombe dans la nuit du 26 novembre.

Les étapes successives de cette maladie ont donc été caractérisées par leur intensité et leur durée croissantes; chaque étape restant néanmoins, quant à ses symptômes, identique avec ses précédentes. L'intermittence dans la marche, l'absence de signes de foyer et de troubles réactionnels, ne peuvent s'expliquer que par un arrêt de la circulation de l'encéphale, par l'ischémie. A quelle cause attribuer cette ischémie? Une hémorrhagie cérébrale de forme apoplectique tue en quelques heures et, quand le malade survit, il ne présente pas une cessation aussi rapide des symptômes. L'absence de signes de foyer et de phénomènes secondaires d'encéphalite, éloigne la possibilité d'une hémorrhagie cérébrale à forme apoplectique et paralytique. Peut-on admettre un épanchement sanguin ou séreux, c'est-à-dire une hémorrhagie méningée à poussées successives et à forme intermittente ou bien une hydrocéphalie aiguë apoplectiforme?

L'hémorrhagie méningée présente des prodromes, et dans la période apoplectiforme, une marche lente et le plus souvent continue. On a, il est vrai, signalé, dans cette affection, des intermittences dans l'intensité du coma, mais non pas des périodes durant lesquelles il cessait complètement. (Boudet, *Mém. sur l'hémorrhagie meningée. Journ. des Con. méd. chirurg.*, 1833 et 1839. — Laborde, *Bull. Soc. anat.* 1862.) — D'autre part, aucun des symptômes de la maladie n'autorise à admettre une hydrocéphalie de cause mécanique ou dyscrasique, et quant à l'hydrocéphalie essentielle, c'est-à-dire l'apoplexie séreuse, son existence est encore à démontrer. L'hypothèse d'accidents d'encéphalopathie urémique n'a pas plus de fondements, les urines n'ayant pas été altérées dans leur quantité ou leur qualité pendant le cours de la maladie.

En l'absence de l'autopsie, on est ainsi conduit à admettre l'existence d'une anémie cérébrale par thrombose. Les anciens auteurs en auraient peut-être fait les signes prodromiques d'un ramollissement cérébral. En tout cas, l'exagération des phénomènes de dépression a été telle, que la malade a succombé avant le développement des accidents réactionnels et sans manifestation de signes de foyer. Le caractère le plus remarquable de ces phénomènes diffus a donc été leur marche intermittente et discontinue et l'absence de troubles secondaires d'encéphalite.

## Congrès médical international

Londres, 14 août 1881.

Mon cher rédacteur en chef,

La restriction par laquelle j'avais terminé ma précédente lettre était prudente, car j'avais en effet passé sous silence quelques-unes des *grandes choses* accomplies dans les sections d'anatomie et de physiologie. Ainsi, en anatomie, je dois mentionner encore les communications : de M. le professeur Turner, d'Edimbourg, *Sur les crânes des indigènes des îles de l'Amirauté*, crânes dolichocéphales, et assez semblables à ceux des habitants de la Nouvelle-Guinée, et de M. Sapolini, de Milan, *Sur un treizième nerf crânien.* D'après notre confrère italien, ce treizième nerf crânien serait l'origine de la portion intermédiaire de Wrisberg, suivie depuis le cerveau jusque dans la corde du tympan. Je vous ai dit, dans ma lettre précédente, que M. Faesebeck considérait comme indépendante la portion motrice du trijumeau (*facial profond*), ce qui porterait à quatorze le nombre des nerfs crâniens.

A la suite de la communication de M. Garson, *Sur la pelvimétrie*, les professeurs Turner, Thane et Braune donnèrent d'autres manières de pratiquer la mensuration du bassin qui ont aussi des caractères d'utilité marquée.

En physiologie, nous ajouterons à notre énumération : la discussion *Sur la localisation des fonctions dans l'écorce du cerveau*, ouverte par M. le professeur Goltz, adversaire des localisations, combattu par le professeur Ferrier. Les deux savants, à bout d'arguments, ont appelé à leur aide l'un un chien, l'autre deux singes; un coup de pistolet a même été tiré..... pour démontrer que l'un des singes, à qui l'on avait détruit la partie dans laquelle M. Ferrier a localisé les perceptions auditives, était sourd; mais ce luxe de preuves n'a nullement changé les convictions d'aucun partisan de l'une des deux théories.

Citons encore la discussion *Sur la question des nerfs vaso-dilatateurs*, ouverte par M. Morat, les remarques de M. Goltz, à ce propos, *Sur les appareils vaso-moteurs périphériques*; celles de MM. Brown-Sequard et Lépine sur le même sujet; — les résultats des recherches de M. Roy *Sur la circulation du rein et de la rate à l'aide de ses appareils à changements de volume*, et une communication du docteur Pavy *Sur de nouvelles recherches et démonstrations ayant rapport à la théorie du glycogène.*

Des présentations d'instruments ont été faites par : le docteur Bocci (une canule pour la fistule gastrique); — le docteur Ewald (un instrument hémato-dynamomètre, qu'il appelle *moulin à sang*, et quelques autres instruments) ; — M. Gaskell (appareils et méthode d'examiner l'action du pneumogastrique sur le cœur).

Nous arrivons maintenant à la section d'anatomie pathologique.

Permettez-moi de dire encore quelques mots de l'*address* du président de la section, docteur Samuel Wilks, qui devrait être lue par tous ceux qui s'intéressent à l'anatomie pathologique, et en particulier par les plus jeunes d'entre eux, souvent trop disposés à prendre pour anormal tout ce qui s'écarte, souvent même très peu, du type normal. Ceci vient à l'appui de l'anecdote rapportée dernièrement par notre spirituel secrétaire de la rédaction, et relative à la grenouille expirante. Les questions effleurées par M. Wilks étaient, comme de juste, très générales, et forment une excellente introduction aux sujets détaillés qu'on allait mettre en discussion. La relation étroite qui existe en pathologie entre ce qui est normal et ce qui est anormal, les causes qui conduisent à ce dernier terme, et la nécessité de les étudier dans leur sens le plus large, constituent le thème de cette *address;* et pour arriver à une connaissance plus parfaite des maladies humaines, l'auteur recommande tout spécialement, comme je l'ai déjà dit, d'étudier avec plus de soin à l'avenir les processus pathologiques des maladies des animaux et des plantes.

Le reste de la séance d'ouverture (mercredi 3 août, dans l'après-midi) fut consacré à la lecture et à la discussion de deux mémoires de M. Malherbe (de Nantes) sur l'*épithélioma calcifié des glandes sébacées* et sur l'*origine du cancer*. Vous connaissez déjà les idées de l'auteur sur le premier de ces travaux, couronné l'an dernier par la Société de chirurgie. Permettez-moi toutefois de les rappeler à nos lecteurs.

L'épithélioma calcifié des glandes sébacées est une variété d'épithéliome pavimenteux dont le trait caractéristique est la calcification partielle ou totale des cellules épithéliales. La trame qui soutient ces cellules est formée tantôt par du tissu conjonctif, tantôt par du tissu osseux, tantôt par l'un et l'autre ensemble, le second tissu paraissant être une période tardive de l'évolution du premier. Il est probable que l'épithélioma calcifié comprend l'immense majorité des tumeurs ossiformes de la peau. Il se développe dans l'enfance et dans la jeunesse, bien plus rarement dans l'âge mûr, et il paraît être plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Il est d'une bénignité totale, et ne récidive pas après l'ablation.

A propos de sa seconde communication, M. Malherbe a présenté des préparations microscopiques tendant à démontrer : 1° que le carcinome n'est qu'une variété du genre épithéliome; 2° que les tumeurs épithéliales viennent toujours d'un épithélium, les tumeurs de substance conjonctive toujours d'un tissu de substance conjonctive, avec possibilité de substitution d'un tissu conjonctif à un autre tissu conjonctif, mais non d'un tissu conjonctif à un tissu épithélial; enfin, que l'hétéroplasie primitive n'existe que dans les tumeurs congénitales; que, si on peut la rencontrer dans d'autres tumeurs, elle est en tout cas d'une extrême rareté.

La lecture de ces mémoires souleva une discussion sur la nomenclature internationale des tumeurs; et tandis que tous étaient du même avis sur la nature des tumeurs dont avait parlé M. Malherbe, les noms qu'il leur donnait suscitèrent des objections de la part de quelques-uns des membres qui prirent part à la discussion. On obtiendrait certainement un grand résultat de la réunion des pathologistes des différentes nations, si on arrivait à s'entendre sur la signification à donner à certains des termes encore obscurs employés dans la nomenclature des tumeurs. Pour le moment, non-seulement chaque nation a sa nomenclature spéciale pour certaines tumeurs, mais, ce qui est encore pis, chaque école peut employer le même terme dans des significations différentes, et ainsi l'étude de l'onkologie est rendue bien plus difficile qu'elle ne serait si on s'entendait mieux sur la signification des termes. C'est là une question

que nous proposons au comité général du prochain Congrès d'inscrire à l'ordre du jour de la section d'anatomie pathologique.

Ces réflexions peuvent s'appliquer encore à la discussion qui eut lieu le lendemain *sur le tubercule,* discussion ouverte par un discours remarquable de notre compatriote M. Grancher, dont les idées sont bien connues de tous. Le docteur Wilson Fox démontra en effet que, depuis qu'on avait exprimé récemment tant de doutes sur la nature du tubercule, des cas qu'on aurait autrefois appelés des cas de tuberculose, et qui probablement sont encore de la tuberculose, entrent maintenant dans les statistiques comme cas de pneumonie ou de broncho-pneumonie, etc.; de sorte qu'actuellement il paraît y avoir beaucoup moins de morts de tuberculisation pulmonaire qu'autrefois. Il propose, pour trancher la difficulté, d'employer pour tous ces cas le terme de phthisie.

La discussion du mémoire de M. Grancher tomba peu à peu dans une discussion sur la nature des cellules géantes; et là encore il devint presque impossible de rester dans les limites de la question. Tandis que M. Treves, dans son discours *Sur le tubercule, ses caractères histologiques et ses rapports avec le processus inflammatoire,* d'après des observations sur la tuberculose des ganglions lymphatiques, ne parla que des cellules géantes du tubercule et soutint que ce sont tout uniment des masses de lymphe coagulée, le docteur Creighton, à propos d'un cas de tuberculose disséminée n'ayant pas pour origine une source primitive d'infection dans le corps, parla des cellules géantes qui sont formées dans le placenta normal, et le professeur Virchow des cellules géantes quel que soit le point où elles se rencontrent.

Les deux séances suivantes furent consacrées à la question des *micro-organismes dans leurs rapports avec les maladies;* c'était beaucoup de temps, puisque le Congrès effectif ne durait que cinq jours; mais l'importance du sujet justifiait bien l'intérêt qu'on y apporta. L'honneur d'ouvrir le débat revenait de droit au professeur Lister, qui depuis plus de dix ans, par lui-même ou par ses nombreux disciples ou prosélytes, combat avec tant de succès les microbes dans le monde entier. On fut presque étonné de le voir se contenter de faire une leçon sur l'inflammation sympathique et la contre-irritation. Le professeur Bastian, qui vint ensuite, fit un remarquable discours, peut-être un peu trop agressif, et dirigé presque contre Lister. Son opinion que les micro-organismes peuvent provenir de changements dans le protoplasma de tissus subissant la dégénération ou la mortification (hétérogénèse) fut étayée par le récit de diverses expériences, et par des arguments solides, mais peut-être pas entièrement irréfutables.

A ce moment, la salle des séances était remplie de monde, et la discussion, qui avait été peu à peu en s'échauffant, atteignit tout à coup un degré très élevé. Vous vous rappelez les discussions qui eurent lieu, il y a quelques années, entre MM. Bastian et Pasteur sur la genèse des microbes, et la retraite en déroute du savant anglais lorsque M. Pasteur, trouvant le vice capital de ses expériences, lui demanda : « Flambez-vous vos cornues? — Non, répondit M. Bastian. — Eh bien! flambez-les, et vous verrez que les microbes ne naissent pas tout seuls! »

Depuis lors, M. Pasteur n'avait pas revu M. Bastian. Les deux adversaires se rencontraient de nouveau. M. Pasteur, ne comprenant pas la langue anglaise parlée, pria M. Lister de lui expliquer en deux mots ce que disait M. Bastian. C'était, comprit-il, que les micro-organismes pouvaient être formés par l'hétérogénèse des tissus naturels. — Rappelez-vous les plus belles apostrophes de M. Pasteur, à l'Académie de médecine, contre M. Colin, et vous aurez une idée de celle qui atteignit M. Bastian. « Mais, mon Dieu! s'écria notre illustre mais irritable compatriote, en frappant du poing sur la table, ce n'est pas possible! Jamais, jamais, ajouta-t-il en pointant un index menaçant contre l'infortuné docteur Bastian, ces organismes ne se sont développés à moins d'exister préalablement à l'état de germes ou d'organismes. »

Le professeur Virchow montra combien il est essentiel que la relation des divers micro-organismes les uns avec les autres soit découverte. D'après lui, il serait possible, *par domestication,* de changer la nature de certains de ces organismes, et il rapporta de récentes expériences à l'appui de cette manière de voir.

Le lendemain, la question fut reprise à un point de vue un peu différent par le professeur Fokker, de Groningue, et le professeur Klebs, de Prague. Le discours du premier, sur les relations des organismes microscopiques avec les maladies spécifiques, développait cette idée que les forces du micro-organisme, et même ses aptitudes pour le bien ou le mal, dépendent des conditions dans lesquelles il existe. Celui du second, lu en anglais par l'un des secrétaires, passa rapidement en revue les divers organismes microscopiques et les maladies qui paraissent être associées les unes aux autres. A cette discussion prirent encore part MM. Hueter, Pasteur, Jules Guérin, Burdon Sanderson, Watson-Cheyne, et quelques autres membres présentèrent des travaux : M. Vandyke Carter (de Bombay) *Sur les sporules du sang dans la fièvre de rechute;* M. Béchamp (de Lille) *Sur les microzymas au point de vue de la phy-*

*siologie et de la pathologie*; M. G. Harley (de Londres) *Sur le mode d'action des germes morbides dans la production des maladies du corps humain*; M. Osler (de Montréal) *Sur l'endocardite ulcéreuse et infectieuse.*

A la suite de cette discussion, le professeur Robert Koch, de Berlin, a fait voir, au moyen de la lampe de Drummond, une série de dessins photographiques admirables de netteté et montrant la présence des micro-organismes dans le sang et les tissus dans la septicémie, l'anthrax et, d'autres maladies infectieuses. Quelques membres, attirés à King's College par le désir de voir quelque chose de nouveau (*anything new*, comme nous disons maintenant ici), furent récompensés de leur dérangement par le spectacle de la culture des micro-organismes que leur fit voir M. Koch. Celle-ci fut particulièrement intéressante en faisant ressortir les avantages de la culture dans des corps solides. Dans une simple pomme de terre, M. Koch put montrer plusieurs couches de micro-organismes, contenant chacune un micro-organisme séparé, et en apparence pure de toute promiscuité. En employant ainsi un milieu solide, le mélange des microbes, si difficile à prévenir dans les liquides, est rendu presque impossible.

M. Vandyke Carter avait l'intention de présenter aussi quelques micro-photographies, montrant les différents aspects des spirilles dans le sang de la fièvre à rechutes; mais je ne sais s'il l'a fait, l'heure étant déjà très avancée lorsque la discussion orale s'est terminée.

Le lundi 8 août, le sujet d'étude était le suivant : *Relation des maladies des reins avec les troubles de la circulation générale et les changements organiques du cœur et des vaisseaux sanguins.* — Sir William Gull, en son nom et au nom de M. G. Stutton, lut sur ce sujet un mémoire court, à en juger par les quelques feuillets de sa rédaction, mais qui fut rendu long par les additions qu'il y fit, et qui, d'après un de nos voisins qui comprenait mieux que moi, n'étaient que des répétitions continuelles. J'en ai retenu néanmoins cette idée que beaucoup d'altérations morbides de certains organes, considérées jusqu'ici comme causées par l'urémie, peuvent être attribuées à une dégénérescence des tissus capillaire et interstitiel et être indépendantes d'une sécrétion rénale défectueuse.

M. Lancereaux, après avoir indiqué le mode de distribution de l'artère émulgente, signale les lésions rénales qui résultent de l'oblitération du tronc et des branches principales de ce vaisseau, pour passer à l'étude de celles qui coïncident avec l'altération générale du système artériel. Sur 61 faits suivis d'autopsie et observés au point de vue, soit de l'artérite, soit de la néphrite et sans parti pris, l'auteur a trouvé :

| | | |
|---|---|---|
| Artérite généralisée | 61 | fois. |
| Néphrite atrophique | 55 | |
| Hémorrhagie ou ramollissement cérébral | 21 | |
| Emphysème pulmonaire | 21 | |
| Lésions articulaires (arthrites sèches) | 14 | |
| Friabilité des os | 10 | |
| Troubles trophiques de la peau | 9 | |
| Œdème des extrémités | 9 | |
| Hémorrhoïdes | 7 | |
| Déformations des mains | 6 | |
| Altérations des ongles | 6 | |
| Calvitie | 6 | |
| Eczéma | 6 | |
| Cataracte et cercle sénile | 5 | |
| Ostéo-sclérose du crâne | 5 | |
| Eschares multiples | 5 | |
| Gangrène sénile | 4 | |
| Suppuration ou nécrose des doigts | 3 | |
| Calculs hépatiques ou rénaux | 3 | |

Dans tous ces faits, l'aorte et ses divisions sont altérées, aussi bien que les artérioles et le cœur, qui est généralement hypertrophié. Les reins, diminués de volume, ont une surface irrégulière, semée de dépressions, et, en cela, ils se distinguent du rein saturnin et du rein goutteux, dont les granulations sont ordinairement égales. La membrane muqueuse du tube digestif présente parfois des ecchymoses, des ulcères ou des cicatrices. Le cerveau est le siège de foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement, et souvent il s'y rencontre des lacunes.

Indépendamment de ces lésions, les os sont friables ou sclérosés, les articulations sont affectées des désordes décrits sous le nom d'arthrite sèche (M. Lancereaux montre des spécimens de ces altérations), les ongles sont striés transversalement et épaissis, la peau est fréquemment atteinte d'eczéma ou de psoriasis. Enfin les malades qui présentent cet ensemble

de lésions diverses sont des névropathes qui ont eu, pendant la jeunesse, des migraines, des épistaxis, et qui, à un âge plus avancé, sont devenus hypochondriaques et hémorrhoïdaires.

Par conséquent, il y a, dans ces faits, autre chose que la fibrose artério-capillaire signalée par Gull et Stutton, ou que le rein sénile de quelques auteurs; il faut reconnaître qu'il s'agit ici d'une maladie générale se traduisant tout d'abord par des désordres simplement fonctionnels, plus tard par des troubles trophiques de la peau, des ongles, du cuir chevelu, des articulations, et vraisemblablement aussi des artères, si on s'en rapporte aux expériences de Giovanni. L'altération du rein qui est, comme celles du cerveau et du tube digestif, sous la dépendance du désordre du système artériel, n'est aussi qu'un effet secondaire de cette maladie générale pour laquelle M. Lancereaux propose le nom d'*herpétisme.*

Enfin, M. George Johnson, de Londres, prit la parole pour annoncer qu'il s'était d'abord trompé en pensant que l'épaississement des tuniques des artérioles était constitué par l'épaississement de tous les éléments élastiques de la tunique interne.

M. le professeur Bouchard (de Paris) a fait *sur les néphrites infectieuses* une communication importante dont voici le résumé :

On sait qu'il existe au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses des albuminuries généralement transitoires. On sait aussi que, dans un certain nombre de ces maladies, on constate des symptômes urémiques. On a constaté en outre, dans plusieurs de ces maladies, les lésions de la néphrite.

On sait donc qu'il peut survenir, dans les maladies infectieuses, des symptômes d'une néphrite que l'autopsie a vérifiée. Ces néphrites des maladies infectieuses sont des néphrites infectieuses. Ceci est prouvé par les faits suivants :

1° Pendant la vie, on trouve, dans les urines, le même agent infectieux que dans le sang et dans les humeurs pathologiques;

2° L'agent infectieux se rencontre seulement dans les urines qui renferment l'albumine et les éléments figurés révélateurs de la lésion rénale;

3° Ces agents infectieux disparaissent des urines en même temps que l'albumine;

4° Dans les cas mortels, les mêmes agents sont trouvés en abondance dans le tissu rénal;

5° Enfin, dans les cas où les constatations précédentes ont été faites, le rein présente les caractères anatomiques de la néphrite.

Toutes les albuminuries qui peuvent survenir au cours de maladies infectieuses ne sont pas nécessairement attribuables à une néphrite infectieuse, ou même à une néphrite quelconque.

Il peut y avoir, dans les maladies infectieuses, des albuminuries par néphrite infectieuse et des albuminuries dyscrasiques. L'albumine présente, dans ces deux sortes d'albuminurie, des caractères physiques différents.

Les néphrites infectieuses, avec les caractères indiqués plus haut, ont déjà été constatées dans quinze maladies infectieuses.

Les néphrites infectieuses peuvent être le point de départ de néphrites chroniques.

L'urine peut être l'un des agents de transmission des maladies infectieuses.

Dans une seconde partie de la question, qui fut du reste reprise dans la section de médecine, on étudia l'*histologie pathologique des différentes formes de la maladie de Bright.*

Le professeur Grainger Stewart (d'Édimbourg), qui ouvre le débat, pense qu'il faut admettre à la maladie de Bright quatre formes, suivant qu'elle commence par une inflammation aiguë ou subaiguë, par la dégénérescence cireuse, par des altérations chroniques du stroma fibreux (cirrhose), et que ces formes sont seules ou combinées.

Le docteur Robert Saundby (de Birmingham) insiste surtout sur l'*histologie du rein granuleux,* et admet, avec Weigert, Bamberger et Rosentein, que le gros rein rouge et le petit rein blanc sont tous deux le résultat d'une inflammation diffuse. Plusieurs orateurs, le professeur Greenfield entre autres, prennent encore la parole, mais sans apporter aucun fait nouveau.

Le même jour, deux mémoires ont encore été lus : par le docteur Dreschfeld (de Manchester), *Sur une forme d'hémoglobinurie non décrite jusqu'à présent,* — et par le docteur Bornhaupt (de Saint-Pétersbourg), *Sur la tuberculose du testicule.*

La dernière séance, celle du mardi 9 août, s'est probablement ressentie des fatigues des jours précédents. De nombreux vides se faisaient voir sur les bancs, et aucune des *étoiles de première grandeur* du Congrès n'y brillait. Peut-être aussi le caractère un peu spécial du sujet à discuter a-t-il été cause de ces absences. Cependant ces absences ont eu ce bon côté de laisser la place libre aux jeunes. La leçon du professeur Pierret (de Lyon), *Sur l'ataxie locomotrice,* et spécialement sur la constitution du système nerveux sensitif chez l'homme, et sur les rapports qui existent entre les champs sensitifs, moteurs et vaso-moteurs, a été très remarquée par sa netteté et sa lucidité. M. Pierret avait déjà, quelques jours auparavant, montré un certain nombre d'excellentes coupes de la moelle et du bulbe, dans lesquelles le trajet des nerfs pouvait être facilement suivi depuis leur origine dans les ganglions,

Le docteur Kesteven parla sur quelques points de l'anatomie pathologique de la moelle épinière, et le docteur Dreschfeld rapporta l'observation d'un cas, qu'il croyait jusqu'à présent unique, de *sclérose latérale primitive,* démontrant ainsi en fait ce qui avait été considéré par les névro-pathologistes comme probable en théorie.

La séance s'est terminée par la présentation et la démonstration de préparations microscopiques de différentes maladies de la moelle épinière, par les docteurs Waldstein (d'Heidelberg), Dreschfeld et J. Ross (de Manchester).

Outre les grandes discussions dont nous venons de parler, des mémoires spéciaux ont été lus ou présentés à la section. Tels sont les suivants :

Docteur Joseph Coats (de Glasgow) : *Sur le mode d'extension du lympho-sarcome, et son analogie avec l'organisation des thrombus, des caillots,* etc. — *L'anévrysme des grosses artères cérébrales comme cause fréquente d'hémorrhagie cérébrale.*

Docteur Charlewood Turner (de Londres) : *Observations sur la pathologie de la dégénérescence fibroïde du cœur.*

Docteur Jules Guérin (de Paris) : *Nouvelle théorie des monstres.*

Docteur Long (de Genève) : *Sur l'anémie des mineurs du Saint-Gothard, et présentation d'ankylostomes duodénaux, cause de cette maladie,* communication pleine d'intérêt à cause de son actualité et de la démonstration du parasite qui détermine l'affection.

L.-H. Petit.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1881. — Présidence de M. Legouest.

La correspondance non officielle comprend une série de lettres de remercîments de divers lauréats de l'Académie.

—

M. Chatin présente, au nom de M. Jacquemin, un mémoire intitulé : *Analyses des nouvelles sources minérales de Soultzbach.*

M. Polaillon offre en hommage une brochure intitulée : *De la maternité de Cochin pendant les années* 1873 *à* 1877.

M. Gavarret présente, au nom de M. le docteur Burq, deux nouveaux instruments.

Le premier est un modèle perfectionné du Pulmomètre dont nous avons déjà rendu compte. Les perfectionnements ont eu pour but de donner à cet instrument la sensibilité et la fidélité d'une balance dans les diverses opérations : *Spirométrie, Pulmodynamométrie* et *Gymnastique pulmonaire* qu'il comporte.

Le deuxième est un Pectorimètre, ou Thoracomètre *enregistreur,* destiné à fournir un contrôle à la spirométrie, contrôle indispensable, suivant l'auteur, quel que soit l'instrument avec lequel on y procède.

L'instrument est une mesure circonférentielle composée partie d'une double courroie élastique divisée en centimètres, articulée sur un frein automoteur, et partie d'une règle rigide divisée en millimètres, formée de deux tubes plats séparés par un interstice. En regard de cette règle cheminent en sens inverse deux index commandés par un curseur mis en tension par une bande en caoutchouc contenue dans un des tubes. Les index ayant été mis sur zéro (*milieu de la règle*), pendant que la poitrine est au repos, lorsque le sujet se met à respirer l'un se porte à droite dans l'inspiration, et l'autre à gauche dans l'expiration, et finalement l'écart entre les deux index donne en millimètres la mesure dont s'est successivement agrandi et rétréci le thorax dans le sens antéro-postérieur.

La règle s'applique de préférence en arrière de la poitrine, cela permet de surveiller la saillie des omoplates, que l'on évite en faisant porter bien en avant les bras écartés du tronc, et de tracer au besoin, avec le crayon dermographique, des points de repère pour être sûr d'opérer ultérieurement sur les mêmes points.

—

M. le docteur Charles Richet lit un mémoire intitulé : *Des causes de la mort dans le tétanos électrique.* Voici le résumé de ce travail :

1° On peut, par des excitations électriques fortes et répétées, provoquer chez les animaux, lapins et chiens, un tétanos comparable par ses effets au tétanos pathologique.

L'étude analytique des causes de la mort qui survient alors permet de connaître la cause de la mort dans le tétanos traumatique.

2° En général les lapins meurent par asphyxie et les chiens par hyperthermie.

3° Chez les lapins, les excitations électriques fortes contracturent le thorax et empêchent la respiration de se faire; aussi la respiration artificielle prévient-elle la mort par électrisation générale.

4° La mort par asphyxie dans le tétanos survient beaucoup plus vite que la mort par asphyxie après oblitération de la trachée. L'oblitération de la trachée ne tue guère qu'en trois ou quatre minutes; mais si pendant ce temps on électrise fortement l'animal, la mort survient en une minute environ, ce qui tient à l'absorption considérable d'oxygène et à la production exagérée d'acide carbonique dans le tétanos musculaire généralisé.

5° L'électrisation prolongée épuise les muscles du lapin, de telle sorte que la contraction du thorax cesse; la respiration spontanée peut alors recommencer pendant le passage même des courants électriques. Les animaux ainsi épuisés ne peuvent être tués, par la strychnine au moins, si l'on continue l'électrisation. Un repos de quelques secondes permet aux courants électriques de redevenir efficaces.

6° Chez les chiens, les courants électriques employés n'étant pas assez forts pour arrêter la respiration, la mort est due à l'augmentation de la température. La marche ascendante du thermomètre est extrêmement rapide, soit, dans quelques cas, de trois dixièmes de degré par minute; si bien qu'au bout de moins d'une demi-heure de tétanos, la température mortelle (de 44 à 45°) est atteinte.

7° L'ascension thermique est due uniquement aux muscles et non au système nerveux. En effet, des chiens chloralisés, chez lesquels il n'y a plus d'action réflexe, présentent aussi la même élévation de température, un peu moins rapide cependant.

8° C'est l'hyperthermie qui est la cause de la mort. En effet, quand l'animal est refroidi artificiellement, il peut, pendant plus de deux heures, supporter des courants extrêmement forts qui produisent un tétanos convulsif, sans mourir ni le jour même ni les jours suivants.

9° La substance qui produit la chaleur paraît résider dans le muscle lui-même. Cette substance ne disparaît pas après une électrisation prolongée. Des chiens inanitiés depuis trois ou quatre jours ont une hyperthermie des plus manifestes après l'électrisation.

10° La courbe de la température monte lentement d'abord, puis de plus en plus vite; une ois que la température de 38°5 environ est atteinte, l'ascension devient plus rapide.

11° La température immédiatement mortelle est d'environ 44°5. Cependant j'ai pu observer 44°7, 44°8, 44°9, 45°2.

12° Si la température ne dépasse pas 43°5, la mort ne survient ni le jour même, ni les jours suivants. Mais si l'on dépasse ce chiffre, sans que la mort soit immédiate, elle survient au bout de vingt-quatre heures au plus. C'est évidemment aux abords de ce chiffre que se trouve la limite de température définitivement mortelle.

13° L'électrisation n'accélère pas la respiration, c'est l'hyperthermie qui produit cet effet. La dyspnée thermique commence quand la température atteint 40°8 environ. A partir de 44°, la respiration est si fréquente qu'on a peine à la compter et si peu ample qu'elle introduit peu d'air dans la poitrine.

14° Il est donc permis d'espérer qu'en remédiant soit à l'hyperthermie, soit à l'asphyxie, on arrivera à empêcher les conséquences mortelles du tétanos.

—

M. le docteur Krishaber lit une note relative à des expériences qui lui sont communes avec M. le docteur Dieulafoy, sur l'*inoculation du tubercule sur le singe.*

Après avoir rappelé les premières expériences de M. Villemin sur l'inoculation des tubercules et les critiques dont elles avaient été l'objet, les auteurs ont montré que les apparentes contradictions dans les résultats obtenus tiennent à cette circonstance que les expérimentateurs ne se sont pas tous placés sur le même terrain, plusieurs d'entre eux ayant jugé la question au point de vue purement anatomique du tubercule et ayant pris pour critérium l'examen microscopique du produit de l'inoculation, tandis que d'autres expérimentateurs, notamment M. H. Martin, estimant que l'élément anatomique du tubercule n'est pas encore défini, avaient apprécié les résultats de leurs recherches sur les phénomènes morbides provoqués par l'inoculation.

Afin d'écarter autant que possible les causes d'erreur, MM. Dieulafoy et Krishaber ont expérimenté sur des singes qui se rapprochent le plus de l'homme et qui, comme lui, sont atteints de tuberculose spontanée. Toutefois, les renseignements qu'ils ont pu obtenir auprès des directeurs des principaux jardins zoologiques d'Europe et des particuliers propriétaires de singeries, leur ont permis de s'assurer que la croyance populaire selon laquelle, dans nos contrées, tous les singes meurent phthisiques, n'est pas exacte.

La proportion de ces derniers serait même assez peu considérable et varierait du reste avec la dose de bien-être qu'on leur procure.

MM. Dieulafoy et Krishaber donnent ensuite l'installation de leur propre singerie et les conditions dans lesquelles ils avaient placé leurs sujets en expériences, le régime alimentaire auquel ils étaient soumis et les soins qu'ils avaient reçus.

Les expériences ont porté sur 40 singes dont 16 ont été inoculés, et 24 ont été conservés pour servir de terme de comparaison. Les seize singes inoculés ont été répartis en quatre groupes. Sur les trois constituant le premier groupe, le premier est mort avec des ganglions caséeux; les deux autres ont survécu et l'un d'eux a résisté à deux autres inoculations. Les treize autres singes renfermés dans les trois autres groupes, à l'exception de deux morts accidentelles immédiatement après l'inoculation, ont tous succombé à la tuberculose dans un laps de temps qui varie de 34 à 218 jours.

Les inoculations ont été faites dans chaque groupe avec des produits tuberculeux différents (granulations grises, parenchyme pulmonaire infiltré de tubercules gris, foyers caséeux). Les résultats les plus rapides ont été obtenus à l'aide des granulations grises; sur quatre animaux inoculés en même temps, trois sont morts le même jonr. Le même phénomène s'est produit pour deux autres singes du deuxième groupe. Ces derniers résultats ont une importance capitale. En résumé, sur les 16 singes inoculés, dont deux ne peuvent entrer en ligne de compte, étant morts accidentellement, 12 sont morts tuberculeux, ce qui constitue une proportion de 86 °/₀, tandis que sur les 24 singes non inoculés, cinq seulement sont morts spontanément tuberculeux, ce qui constitue une proportion de 21 °/₀.

De ces expériences, les auteurs sont donc autorisés à conclure que : 1° le tubercule de l'homme inoculé aux singes a fait mourir les animaux sur lesquels ils ont expérimenté, environ neuf fois sur dix, avec des lésions analogues à celles de l'espèce humaine.

2° Le degré de nocuité des inoculations a été variable selon la matière qui a servi à l'expérience. C'est la granulation tuberculeuse qui a paru le plus rapidement transmissible, tandis que le parenchyme pulmonaire a été moins infectant.

3° Il s'est trouvé deux individus réfractaires à l'inoculation qui, sur l'un d'eux, a été plusieurs fois répétée.

4° Le tubercule inoculé a tué quatre fois plus de singes que la tuberculose spontanée.

Dans une seconde communication, MM. Dieulafoy et Krishaber se proposent de faire connaître à l'Académie le résultat des inoculations sur le singe avec des matières non tuberculeuses.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des commissions de prix pour 1881. Ont été élus :

*Prix de l'Académie :* MM. Guyon, Bouley, Jules Guérin, Alph. Guérin, Polaillon.

*Prix Portal :* MM. Depaul, Tarnier, Bernutz, Bourdon, Lancereaux.

*Prix Civrieux :* MM. Charcot, Briquet, Hérard, Vulpian, Hardy.

*Prix Capuron :* MM. Pidoux, Oulmont, Constantin Paul, Guéniot, Blot.

*Prix Barbier :* MM. Robin, Barthez, Hervieux, Fauvel, Gueneau de Mussy (Henri).

*Prix Godard :* MM. Richet, Verneuil, Panas, Léon Le Fort, J. Rochard.

*Prix Desportes :* MM. Gueneau de Mussy (Noël), Ernest Besnier, Marrotte, Peter, Dujardin-Beaumetz.

*Prix Buignet :* MM. Bouchardat, Gavarret, Caventou, Iungfleisch, J. Lefort.

*Prix Daudet :* MM. Sée (Marc), Legouest, Larrey, Sappey, Duplay.

*Prix Amussat :* MM. Marjolin, Trélat, Cusco, Perrin, de Villiers.

*Prix Lefèvre :* MM. Le Roy de Méricourt, Empis, Dechambre, Chereau, Parrot.

*Prix d'Argenteuil :* MM. Gosselin, Ricord, Fournier, L. Labbé, Tillaux.

*Prix Alfaro :* MM. Baillarger, Blanche, Brouardel, Lasègue, Luys.

*Prix Saint-Paul :* MM. G. Sée, Henri Roger, Woillez, Bergeron, Jaccoud.

—

M. Hervieux donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. Warlomont, en réponse à une lettre que M. Hervieux lui avait écrite au sujet de la conversation que M. Warlomont aurait eue à Londres avec M. Jules Guérin. Il résulte de la lettre de M. Warlomont que ce dernier n'aurait pas changé d'opinion sur la vaccination animale, comme M. Jules Guérin l'avait supposé d'après cette conversation.

M. Jules Guérin explique comment les termes de cette conversation prêtaient à l'interprétation qu'il en a donnée, et il annonce qu'il compte traiter à fond la question de la vaccination animale, d'après les documents envoyés à l'Académie depuis plusieurs années, dans la première séance de septembre.

Sur la demande de M. DEPAUL, qui tient à assister à cette communication, M. Jules Guérin consent à la remettre au mois d'octobre.

— La séance est levée à cinq heures.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 12 au 18 août 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,024. — Fièvre typhoïde, 50. — Variole, 14.— Rougeole, 10. — Scarlatine, 14. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 9. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 34. — Phthisie pulmonaire, 157. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchites aiguës, 17. — Pneumonie, 43. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 112; au sein et mixte, 74; inconnu, 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 69 ; circulatoire, 57; respiratoire, 61 ; digestif, 39 ; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 8. — Morts violentes, 21. — Causes non classées, 7.

CONCLUSIONS DE LA 33e SEMAINE. — Pendant la semaine qui vient de s'écouler, le nombre des décès est descendu à 1,024. C'est une diminution de 114 décès sur le chiffre de la 32e semaine, mais il faut reconnaître que les affections épidémiques, dans leur ensemble, n'ont pas contribué à cet abaissement de la mortalité générale. Si on a compté moins de décès varioliques et rubéoliques, par contre le nombre des décès par Fièvre typhoïde, par Scarlatine et par Diphthérie a sensiblement augmenté.

Dans notre dernier bulletin, en présence du nombre toujours croissant de cas d'invasion de Fièvre typhoïde signalés par les hôpitaux et par les médecins traitants, nous disions qu'il était à redouter que le chiffre des décès typhiques, déjà bien supérieur à celui de la précédente semaine, ne s'accrût encore. Ces craintes se sont malheureusement réalisées. On a compté cette semaine 50 décès typhiques (il en avait été constaté 38 pendant la 32e semaine et 19 pendant la 31e), et l'arrondissement le plus frappé, le 18e, a été celui où les cas d'invasion dénoncés par les cartes de morbidité avaient été de beaucoup les plus nombreux.

On peut juger par là des services que l'enquête sur la morbidité peut rendre aux praticiens, dont un grand nombre pourtant nous refusent leur concours. N'est-il pas avantageux pour eux de connaître, dès son début, toute épidémie dont leur quartier se trouve être le siège et de n'avoir pas à attendre, pour être renseignés, les révélations que leur fournira plus tard la mortalité ? Il dépend d'eux que les chiffres publiés ici, en étant plus complets, deviennent encore plus précis et plus significatifs.

Nous avons dit que le 18e arrondissement avait été plus particulièrement atteint ; il a fourni cette semaine : 15 décès typhiques, c'est plus du tiers, la garnison exceptée, des décès par cette cause. Notons aussi que sur les 6 décès militaires, 4 proviennent de soldats casernés à Saint-Denis.

Les quartiers les plus éprouvés par la diphthérie sont ceux des *Quinze-Vingts* (4 décès), des *Épinettes* (3), de *Necker* (4) et de *Saint-Lambert* (3).

D<sup></sup>r BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

## La fièvre jaune au Sénégal.

Le *National* a reçu la lettre suivante de son correspondant :

Saint-Louis, 8 août 1881.

Monsieur le directeur,

C'est avec une émotion profonde que je vous écris.

La fièvre jaune, cette épidémie terrible, qui déjà avait fait tant de victimes en 1878, vient de faire son apparition à Saint-Louis.

Cette fois-ci, c'est avec une violence sans exemple qu'elle frappe parmi nous. La population civile comme la population militaire est complètement décimée.

Notre gouverneur, M. de Lanneau, a succombé le 4 août à cette terrible maladie.

M. Vergès, chef de bataillon d'infanterie de marine, et cinq capitaines sont tombés victimes du fléau.

M. Cave, lieutenant de vaisseau, aide de camp du gouverneur, est frappé aussi.....

Dans une précédente lettre, je vous avais fait remarquer tout ce qu'il y avait d'inepte dans la conception du chemin de fer du Haut-Fleuve. J'y reviens aujourd'hui, fort de l'opinion du

président de la chambre de commerce et de la population tout entière..... L'épidémie qui sévit en ce moment à Saint-Louis nous a été apportée par les gens du Haut-Fleuve..... M. Brière de Lisle, notre ex-gouverneur, peut contempler aujourd'hui le résultat de ses belles conceptions.

Nous en sommes à nous demander ce que nous allons devenir pendant les mois de septembre et octobre, qui sont pour nous les plus terribles, car si le fléau ne s'arrête pas, tout ce qui reste d'Européens ici succombera.

Au moment où je termine ma lettre, j'apprends la mort de M. Faidherbe, lieutenant aux tirailleurs sénégalais, fils du grand-chancelier de la Légion d'honneur, entré à l'hôpital hier soir, huit heures, et mort ce matin.

## COURRIER

Traitement des chargés de cours. — Par décret en date du 20 août :

Art. 1er. — Le traitement des chargés de cours qui occupent, à titre provisoire, dans les Facultés, une chaire magistrale, est fixé à Paris à 7,500 francs ; dans les départements à 5,500 francs.

Art. 2. — Lorsqu'un professeur est autorisé à se faire suppléer, le suppléant reçoit, sur le traitement brut du titulaire, un traitement égal à celui d'un chargé de cours.

Art. 3. — Le chargé de cours ou le suppléant qui occupe dans la Faculté un ou plusieurs autres emplois ne peut, par des traitements cumulés, dépasser le traitement minimum d'un professeur titulaire.

S'il y a excédant, il sera fait sur le ou les traitements qu'il cumule avec celui de suppléant ou de chargé de cours, une réduction dont le montant sera réparti à titre d'indemnités extraordinaires entre les fonctionnaires qui l'ont remplacé dans les travaux qui lui incombaient en dehors des fonctions de suppléant ou de chargé de cours.

Ces dispositions s'appliquent également aux chargés de cours supplémentaires.

Art. 4. — Le chargé de cours ou le suppléant qui avait dans l'enseignement secondaire un traitement fixe soumis à retenue supérieur à celui qui dans la Faculté lui est régulièrement acquis, reçoit une indemnité supplémentaire, soumise à retenue, qui lui assure un traitement égal à celui dont il jouissait dans l'enseignement secondaire.

Art. 5. — La même indemnité compensatrice est assurée, s'il y a lieu, au professeur de l'enseignement secondaire qui devient titulaire de l'enseignement supérieur.

Art. 6. — Ne bénéficient pas forcément des dispositions des art. 1er, 4, 5, les professeurs, les suppléants et les chargés de cours qui cumulent plusieurs fonctions rétribuées par l'État.

Art. 7. — Le professeur titulaire peut se faire suppléer aux examens en abandonnant sur son traitement une somme égale à la moitié du traitement d'un chargé de cours. Cette somme est attribuée, à titre d'indemnité extraordinaire, à son suppléant.

Ce mode de suppléance ne peut être autorisé que pour une année entière et après délibération spéciale de la Faculté approuvant, en principe, la suppléance et le choix du candidat qui est présenté à la nomination du ministre.

Art. 8. — La suppléance pour le cours, le titulaire gardant le service des examens, peut avoir lieu dans les mêmes conditions.

L'indemnité, non soumise à retenue, attribuée au suppléant par l'art. 7, lui est acquise intégralement, quelle que soit la durée du cours.

Art. 9. — Le droit de se faire suppléer partiellement, comme il est dit aux art. 7 et 8, ne peut être accordé, chaque année, qu'à un sixième des professeurs titulaires dans une même Faculté et quand il est démontré que le service de la Faculté ne sera pas compromis par cette mesure.

Dans les Facultés de médecine les suppléants pour les examens peuvent être pris parmi les agrégés libres.

Art. 10. — Le présent décret, dont les dispositions ne sont pas applicables aux Facultés de théologie, est exécutoire à partir du 1er novembre 1881.

Art. 11. — L'art. 6 du décret du 14 janvier 1876 est et demeure abrogé.

Art. 12. — Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Jules Grévy.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# PATHOLOGIE

## L'ARTHRITE NOUEUSE ET SA PATHOGÉNIE ;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 février 1881,

Par le docteur DURAND-FARDEL.

Le docteur Mauriac, de Bordeaux, a adressé à la Société de médecine un travail traduit et annoté par lui, intitulé : *Du rhumatisme chronique noueux des enfants et de son traitement*, par le docteur Moncorvo, de Rio de Janeiro.

Ce travail a pour point de départ une observation fort curieuse d'arthrite noueuse, chez une enfant de 2 ans. Voici le résumé de cette observation :

Une petite fille, âgée de 2 ans à peine, profondément lymphatique, ayant été allaitée par différentes nourrices, elles-mêmes scrofuleuses ou rhumatisantes, après une coqueluche intense et prolongée, fut atteinte d'un rhumatisme articulaire subaigu des genoux. Après la disparition des symptômes fébriles, le mal envahit de nouvelles articulations (les radio-carpiennes et les tibio-tarsiennes) sans réaction générale.

Aucune circonstance héréditaire ou étiologique ne pouvait rendre compte de l'invasion de la maladie.

Les articulations précitées restent malades pendant un mois, et, à la fin de cette période stationnaire, de nouveaux symptômes de réaction générale surviennent accompagnés d'une exacerbation des désordres articulaires et d'un œdème inflammatoire des deux jambes. Cette seconde crise dissipée, le rhumatisme devient franchement chronique. En même temps, les nodosités se dessinent et s'accentuent, tant dans les articulations déjà malades que dans quelques autres plus petites des orteils et des phalanges.

Ces altérations persistent, sans aucune modification sensible, pendant huit longs mois, et, pendant ce temps, se produisent les rétractions fibreuses et musculaires qui amènent les déviations des membres, et les atrophies des muscles résultant de l'inaction à laquelle est condamnée la malade.

A l'exception de quelques avantages obtenus dans l'état général par une médication arsenicale, aucun autre agent thérapeutique, parmi le grand nombre de ceux qui furent employés, ne procura à la petite malade une amélioration sérieuse. C'est

# FEUILLETON

## CAUSERIES

L'ai-je bien lu? L'ai-je rêvé? Est-ce une de mes hallucinations morphiniques? Toujours est-il qu'il m'a semblé lire, dans un des journaux que je reçois, cette nouvelle, dont j'ai eu la gaucherie de ne pas retenir le texte, mais dont voici certainement le sens :

« Notre nouveau préfet de police, M. Camescasse, ne veut pas se borner à épurer Paris des vagabonds, des souteneurs de filles et autres Alphonses, il se propose aussi de délivrer la capitale de tous ces charlatans et charlatanes qui exploitent la crédulité publique et se livrent plus ou moins ouvertement et audacieusement à l'exercice illégal de la médecine, somnambules, tireuses de cartes, chiromanciens, etc., etc. »

Ah! s'il est vrai que notre préfet de police ait conçu ce beau projet, que Dieu le protège donc et lui donne la force et les moyens de le mener à bout!

Mais rude, bien rude sera la besogne. Je ne vous demande qu'une chose, c'est de faire ce que je faisais autrefois et ce que je ne fais plus, parce que ça m'agace et m'irrite : c'est de jeter les yeux sur la dernière page d'un journal très achalandé; vous serez certainement effrayé du nombre, de l'audace et du cynisme de ces annonces mensongères qui font appel à la bêtise humaine. Et faut-il qu'elle soit commune et répandue, cette bêtise, pour que tous ces charlatans puissent nourrir ainsi la quatrième page des journaux! Car s'ils n'y trouvaient pas profit, ils se garderaient bien d'exposer leurs écus.

Cependant, et quoique depuis longtemps je ne jette plus les yeux sur ces annonces, l'in-

alors que l'on eut recours à l'électrothérapie, et, dès ce moment, la modification regressive des arthropathies marcha progressivement, de telle sorte qu'au bout de huit mois d'un persévérant usage de ce puissant moyen, le résultat dépassa les espérances. On avait obtenu une guérison radicale.

L'importance d'un pareil résultat m'engage à reproduire à peu près textuellement les renseignements transmis sur le mode d'application de l'électricité.

Dans le principe, emploi d'un appareil à courants continus de Rhumkorff, par séances quotidiennes de dix minutes, en laissant les deux excitateurs sur les articulations. On fit ensuite passer des courants interrompus dans les muscles atrophiés et inertes, employant douze éléments au début et vingt-quatre à la fin. Les séances furent rarement interrompues pendant une période de six mois.

Pendant ce temps, l'épanchement synovial du genou avait diminué, ainsi que les nodosités des coude-pied et des poignets, les articulations avaient recouvré quelques mouvements. La diurèse était devenue abondante, et les urines laissaient déposer une grande quantité de phosphates et d'urates. La nutrition générale avait repris une sensible activité.

L'enfant avait suivi le traitement indiqué à la campagne pendant six mois. Elle fut ramenée à Rio au bout de ce temps. Le traitement fut repris.

On continua l'emploi des courants continus en les combinant avec des courants induits, faisant passer les premiers au travers des articulations malades, et électrisant avec les seconds les muscles des quatre membres. Dans le premier cas, le docteur Moncorvo se servait d'un appareil de Gaiffe de vingt-quatre éléments (au chlorure d'argent), et, dans le second, d'un petit appareil électro-magnétique du même auteur (au bisulfate de mercure).

Les séances duraient en tout dix minutes. Elles avaient lieu chaque jour, alternativement, tantôt avec les courants continus, tantôt avec les courants induits. Chaque séance était suivie d'un massage méthodique.

Après plus de quarante séances d'électrisation et de massage, la petite malade se maintenait debout, sans aucun appui, et marchait dans une position presque verticale. La déviation angulaire externe du genou gauche était à peine perceptible. Les nodosités et les douleurs avaient entièrement disparu. Tout traitement fut alors abandonné, et, deux ans et demi écoulés, l'enfant s'était développée régulièrement sans conserver aucune trace de la redoutable maladie qu'elle avait essuyée.

---

tention attribuée à M. le préfet de police m'a déterminé à reprendre cette recherche, et voyez combien, chasseur heureux, j'ai pu remplir mon carnier en ne chassant seulement que sur un champ, c'est-à-dire sur un seul journal où j'ai trouvé ceci :

— Lignes de la main et avenir expliqué par les cartes. M^me^ C..., rue X...
— M^me^ P..., somnambule, rue , et par correspondance.
— M^me^ P..., somnambule et *sage-femme*, rue
— M^me^ L..., somnambule, consultations de 1 à 5 heures.
— M^me^ A..., somnambule, rue
— Avenir par les cartes et lignes de la main, M^me^ St-G...
— M^lle^ Marie G.., célèbre, prédit l'avenir.
— M^me^ F... de C..., médium somnambule, recherches, cartomancie.
— M^me^ X..., la seule élève de M^lle^ Lenormand.
— M^me^ X.... L'avenir par le marc de café. (Il y en a plusieurs de semblables.)

Vous remarquerez que c'est le sexe faible qui se livre à ces exercices de cartomancie, de chiromancie et de somnambulisme. Je ne me souviens, en effet, que d'un seul somnambule de notre sexe, le fameux Alexis. J'ajoute aussi que la grande clientèle de ces prophétesses et devineresses est fournie par les dames, quoique, hélas! il soit pas mal d'hommes — et j'en ai connu — qui sont femmes sur ce point.

***

Precisément, un de ces coureurs de cabinets médicaux interlopes, affecté d'une maladie de vessie pour laquelle il avait consulté plusieurs spécialités, homme instruit et distingué d'ailleurs, mais inquiet et découragé des vaines et diverses tentatives auxquelles il avait été soumis, me disait :

Cette observation est remarquable à deux titres : l'action curative de l'électricité, et l'âge du sujet qui l'a fournie.

On trouve dans le travail de M. Moncorvo, sur l'emploi de l'électricité dans le rhumatisme chronique, des renseignements très étendus qu'a complétés son traducteur, M. Mauriac. Remak, le docteur Chéron, le professeur Jaccoud, le docteur Onimus, M. Althœus et le professeur R. Reynold (de Londres), le docteur Arthuis, ont préconisé cette méthode thérapeutique que je m'étonne, effectivement, de ne pas voir tenir une plus grande place dans le traitement des affections dites rhumatismales. Il est vrai que, malgré l'action reconstituante qui lui est attribuée relativement à l'ensemble du système, elle offre surtout le caractère d'une médication locale. Mais, à ce titre seul, elle peut rendre des services signalés, et l'observation de M. Moncorvo en fournit un témoignage frappant.

Pour ce qui concerne en particulier l'arthrite noueuse, dont il n'y a pas lieu de s'écarter ici, deux conditions doivent de toute nécessité présider à son emploi : la persévérance dans l'application, et l'intervention à une époque où les altérations n'aient pas encore acquis un degré absolu d'irréductibilité.

L'électricité a été pratiquée à peu près sans interruption pendant huit mois, dans l'observation dont je vous ai rendu compte. Cette question de durée de la médication me paraît capitale.

L'emploi méthodique de l'électricité a pour objet d'exercer : une action résolutive sur les lésions de l'arthrite ; une action sédative et régulatrice sur les contractures ; et une action reconstituante sur les muscles atrophiés.

Il est évident que des altérations trop avancées, telles que la destruction des cartilages, l'éburnation des épiphyses, la production de stratifications osseuses, la transformation fibreuse ou graisseuse des muscles atrophiés, ne sauraient être modifiées par l'électricité plus que par tout autre moyen. Il importe toujours, alors qu'il s'agit de tendance à la transformation des tissus, d'arriver à une période de l'évolution susceptible encore d'une marche en retour. C'est ainsi que, dans les fibromes utérins, l'intervention des eaux minérales appropriées, c'est-à-dire puissamment résolutives, médication dont l'efficacité n'est pas assez connue, ne saurait s'exercer utilement sur des néoplasies effectuées. Mais j'ai vu maintes fois des tumeurs commençantes, dont le caractère ne me semblait pas douteux, disparaître ; et, dans les tumeurs fibreuses plus avancées, j'ai toujours vu obtenir des actions résolutives, lesquelles, alors même qu'elles n'étaient pas extérieure-

---

— Vous me blâmez de recourir à la somnambule : mais que voulez-vous que je fasse en présence des moyens contradictoires conseillés par vos confrères ? Tout est contradiction en médecine.

— Et vous croyez, lui répondis-je, que vous allez trouver uniformité de vues, de conseils et de traitement chez vos somnambules ? Allez donc les voir aussitôt, et venez m'en donner des nouvelles.

Y alla-t-il ? je l'ignore ; mais comme il revenait sans cesse sur les contradictions de la médecine et comme, au demeurant, c'était un homme d'esprit avec qui la conversation était possible, je me permis un jour de lui dire :

— Vous parlez fort à votre aise des contradictions de la médecine ; mais ne serait-il pas plus juste de dire les contradictions des médecins ? Ce sont celles-là qui vous frappent, vous, homme du monde, tandis que vous êtes sans droit, sans qualité, et sans aptitude pour parler des contradictions de la médecine.

— Merci ! Ainsi quand un médecin m'ordonne de prendre du quinquina, et que l'autre me prescrit l'eau de gomme, je suis sans qualité et sans aptitude pour trouver ces prescriptions contradictoires ?

— Oui, si vous faites retomber cette contradiction sur la médecine, alors qu'elle ne doit être imputée qu'aux médecins. Contradictoire ! Mais tout est contradictoire dans ce monde, vous vivez au milieu des contradictions. Voyons, nous sommes contemporains et je peux vous rappeler quelques souvenirs. En musique, êtes vous pour Meyerbeer ou pour Rossini ? Eh bien, vous les avez connus les meyerbeeristes et les rossinistes, et vous entendez encore leurs disputes ; croyez-vous cependant qu'il n'existe ni science musicale, ni art musical ? N'en avait-il pas été de même entre les partisans de Gluck et ceux de Piccini, et antérieurement entre les

ment appréciables, n'en étaient pas moins ressenties formellement par les malades. Ces actions résolutives ne peuvent évidemment s'exercer que sur des éléments jeunes, qui n'ont pas encore subi une transformation achevée.

Tel était sans doute le cas dans l'observation de M. Moncorvo. Et il est possible que, dans le jeune âge, l'évolution de l'arthrite noueuse marche moins rapidement dans le sens des proliférations ostéo-cartilagineuses et fibreuses, et de la disparition des tissus normaux. La maladie datait juste de huit mois, lorsque l'on commença le traitement par l'électricité.

Le travail, très intéressant et plein de recherches, de M. Moncorvo, dont nous devons la connaissance à M. Mauriac, est une véritable monographie de l'arthrite noueuse, mais ne saurait être considéré comme une monographie de l'arthrite noueuse dans l'enfance, ainsi que l'appelle son distingué traducteur, car on ne fait pas une monographie avec une seule observation. Or, malgré quelques très rares mentions, et en dépit de recherches très approfondies, l'auteur n'a pu trouver, à joindre à la sienne, une seule observation d'arthrite noueuse dans l'enfance.

L'extrême rareté de l'arthrite noueuse dans l'enfance n'est pas du reste pour étonner. Les maladies générales auxquelles se peut appliquer l'idée de diathèse ne sont pas le fait de cette époque de la vie. Ou elles supposent l'intervention de circonstances hygiéniques qui n'ont pas encore eu le temps d'agir; ou elles dépendent de transmissions héréditaires. Mais celles-ci réclament, avant de se manifester, un commencement d'évolution, ce qu'on pourrait considérer comme une période d'incubation. La scrofule elle-même, la plus hâtive, met en général un certain temps à se manifester.

Or, l'arthrite noueuse, cette maladie si spéciale, et si fatale dans son évolution, n'est point assurément une maladie purement articulaire. C'est une maladie générale à laquelle il ne me paraît pas qu'on puisse refuser le caractère diathésique; dans tous les cas, c'est un *état* dans lequel l'arthrite n'est qu'une détermination particulière d'une altération générale du système.

Quelle que soit la localisation et la spécialisation de leurs altérations macroscopiques, et la nécessité où nous sommes de les dénommer par leurs phénomènes tangibles, nous devons toujours, dans les maladies de longue durée, et surtout de durée définitive, faire la part des conditions générales du système dont elles sont la manifestation indéniable, alors même que nous ne sommes pas encore parvenus à les déterminer.

---

amateurs de la musique de Rameau et ceux de la musique de Lulli? Probablement que dans les temps primitifs les partisans d'Orphée étaient en lutte avec les amis d'Amphion. N'en faut-il pas moins reconnaître que la musique a ses règles et ses lois? Aux amateurs de peinture, je dirai: N'êtes-vous pas entre vous en continuelle dispute? L'un n'a de dévotion que pour le dessin, l'autre est fanatique de la couleur. Êtes-vous pour Ingres ou pour Delacroix? Nous avons entendu les injures que ces deux écoles se jetaient à la face. Cela fait-il qu'il n'y ait une science de la perspective, des règles de modelé, des lois d'anatomie, des principes de coloris, un art enfin de la peinture et du dessin?

Et ces graves jurisconsultes qui rient de la médecine, les contradictions des avocats, des traités, et, ce qui est plus grave, des arrêts, doivent-elles faire conclure que la science du droit n'est qu'une chimère et une déception?

Et les théologiens, et les économistes, et les philosophes sont-ils toujours d'accord entre eux?

Et les politiciens, et les pédagogues? Et vous vous étonnez qu'il y ait des contradictions parmi les médecins? Mais les médecins sont des hommes, ils ne sont pas des anges; ils ont comme vous leurs préjugés d'école, leurs passions, leurs faiblesses; ils sont influencés comme vous par le milieu qui les entoure et par les circonstances au milieu desquelles ils se trouvent.

Ici, mon interlocuteur, que mes arguments ne semblaient pas trop convertir, m'interrompit brusquement en me rappelant le procès fameux de Montpellier, où un domestique, Armand, fut trouvé dans une cave, lié, garrotté, à peu près asphyxié, accusant son maître de l'avoir mis dans ce triste état pour un motif honteux.

On se souvient que les médecins experts de Montpellier donnèrent raison à Armand, mais que le professeur Tardieu, appelé par la défense, dans une déposition habile et agrémentée

Nous ne savons pas définir les conditions constitutionnelles qui président au développement de l'arthrite noueuse. Mais je crois pouvoir affirmer que l'arthrite noueuse n'est pas un rhumatisme, c'est-à-dire qu'elle est absolument distincte des autres états morbides qui, dans la nosologie contemporaine, se trouvent englobés sous la dénomination de rhumatisme.

L'histoire du rhumatisme fournit l'exemple de la confusion la plus complète que l'on puisse rencontrer en pathologie. Permettez-moi d'en mettre sous vos yeux un témoignage emprunté à l'ouvrage même dont j'ai à vous rendre compte.

M. Mauriac, le traducteur de cet ouvrage, y a ajouté, entre autres annotations intéressantes, plusieurs tableaux relatifs à la fréquence du rhumatisme et de ses différentes formes dans les hôpitaux et hospices civils de Bordeaux, pendant sept années, de 1872 à 1878. Ces tableaux ont trait à trois catégories : le *rhumatisme articulaire aigu*, le *rhumatisme chronique*, qui comprend sans doute les arthrites chroniques, parmi lesquelles se trouve englobé le rhumatisme noueux, et le *rhumatisme musculaire*, dont il est difficile de séparer les névralgies et les viscéralgies qui composent, avec la myalgie, ce que l'on entend par rhumatisme abarticulaire. L'auteur de ces tableaux n'a fait du reste que suivre les errements de la nosologie contemporaine, si magistralement exposée par M. E. Besnier dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et consacrée par la haute autorité de M. Charcot et de nos auteurs classiques.

Peut-on imaginer en pathologie des états plus dissemblables que le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme chronique, que je vous demande la permission de n'envisager ici qu'au point de vue de l'arthrite noueuse, et le rhumatisme musculaire ou abarticulaire?

Quelque sujet que vous envisagiez, vous ne rencontrez que contrastes et oppositions.

*L'évolution?* Ici, une maladie aiguë où domine, si elle n'en constitue pas l'essence, la pyrexie, aiguë comme l'est nécessairement toute maladie fébrile, quelle que soit sa durée et le ressentiment qu'en peut garder le système. — Là, une maladie chronique, définitive, absolument fixe, n'offrant que par accident des acuités passagères. — Là, enfin, une maladie à manifestations mobiles, éphémères, ne se fixant que par exception, absolument apyrétique.

*Les caractères anatomiques?* Dans le rhumatisme articulaire aigu, nous ne trouvons que des altérations superficielles, commençantes, mobiles entre elles-mêmes,

---

de démonstrations péremptoires, démontra qu'Armand s'était lui-même lié et garrotté, et que son maître sortit indemne de cette grave accusation.

— Voyez combien votre science est contradictoire! me dit mon interlocuteur. Comment voulez-vous que je croie que les témoignages des médecins qui ont assisté aux premières opérations de l'expertise, qui ont vu et suivi les faits, puissent être infirmés par les dépositions d'autres médecins qui n'ont rien vu et qui ne raisonnent que par induction?

— Je vous remercie de cette allusion que vous venez de faire à un procès célèbre. Elle me rappelle quelques lignes, les moins mauvaises peut-être que j'aie offertes à mes lecteurs, et qui répondent précisément à l'objection grave qui m'avait été déjà faite dans le temps. Vous verrez comment ce journal, fidèle à son beau titre l'UNION MÉDICALE, exonéra de tout reproche tous les médecins qui avaient rempli un rôle dans cette singulière affaire.

— Je vous écoute.

— « Cet argument, qui paraît avoir une grande force, n'a pas la valeur qu'on pourrait croire aux yeux de ceux qui sont habitués à étudier l'esprit humain. C'est un phénomène psychologique d'un très grand intérêt, quoiqu'il se présente tous les jours. Je ne parle pas des faits de spiritisme et de somnambulisme, auxquels plusieurs d'entre vous ont pu assister et que, avec la meilleure foi du monde, vous avez cru réels. Non, mais mettez-vous un peu à la place d'un médecin requis par la justice et dans le cas de crime flagrant ou supposé. Voici le médecin qui arrive, et nous le supposons très instruit, aussi honnête que savant, aussi imbu que possible du sentiment du devoir et de la responsabilité de ses actes. Il arrive auprès d'une maison entourée de peuple, pleine de bruits et de cris; les mots assassinat, strangulation, assommement, retentissent à son oreille; il entre dans la maison; on lui dit que la victime est dans la cave; il y descend, et il trouve là, entouré de gendarmes, un homme les pieds et

tout à fait disproportionnées au trouble profond de l'organisme. — Dans l'arthrite noueuse, des altérations profondes, excessives, promptement irréductibles, contrastant au contraire avec l'intégrité apparente de l'ensemble du système. — Dans le rhumatisme abarticulaire, on aurait dit récemment encore aucune altération appréciable : mais nos modes perfectionnés d'investigation ont permis de reconnaître des myosites, des névrites, là où le phénomène douleur semblait exister exclusivement : mais vous savez combien ces lésions sont légères, éphémères en général, et souvent encore insaisissables.

*Le siège des déterminations?* Si les articulations fournissent une détermination commune au rhumatisme articulaire aigu et au rhumatisme noueux, elles demeurent indemnes dans le rhumatisme abarticulaire, et si de l'arthralgie vient à se joindre aux manifestations du rhumatisme musculaire ou du rhumatisme névrosique, ce n'est que sous cette apparence morphologique à peine saisissable qui est le lot de ces derniers.

*La thérapeutique?* Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce que ces différents états ne présentent ni une indication commune, ni une application voisine.

L'*étiologie?* Il semble, au premier abord, que l'étiologie soit propre à entraîner un certain rapprochement entre ces divers états morbides que tout séparait jusqu'ici. Mais l'action du refroidissement, et celle de l'humidité, sont des actions banales et communes, qui dominent assurément dans le rhumatisme abarticulaire, mais dont le rhumatisme articulaire aigu et l'arthrite noueuse se montrent le plus souvent indépendants.

Il résulte de ces rapprochements, dont je ne fais qu'esquisser ici les points les plus marquants qu'il n'existe rien de commun entre les trois états morbides que l'on désigne du nom de rhumatisme, le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme ou arthrite noueuse et le rhumatisme abarticulaire. Si l'arthrite noueuse est un rhumatisme, les deux autres ne sont point des rhumatismes. Si cette dernière dénomination doit leur être conservée, ou à l'un d'entre eux, elle ne saurait appartenir à l'arthrite noueuse, que j'ai du reste seule en vue dans cette discussion.

Tout ceci n'est qu'un point de l'histoire des diathèses. A quelqu'une d'entre elles que vous vous adressiez, vous verrez sa constitution nosologique livrée à une confusion et à un arbitraire convenu, dont on se contente avec une singulière facilité, alors que, sur tant d'autres points de la pathologie, on affecte une rigueur extrême. Il est nécessaire que la critique pénètre dans l'étude des diathèses. La discussion

---

les mains liés, le cou entouré de cordes, et râlant l'asphyxie. Puis survient le procureur impérial, bientôt suivi du juge d'instruction et des greffiers. Tout ce monde, peuple, gendarmes, magistrats, parle de crime, croit à un crime, et instrumente comme si crime il y avait. Voilà le milieu dans lequel le médecin se trouve plongé. L'existence du crime entre par tous les pores dans son intellect, il s'en imbibe, insciemment il en est pénétré, et son esprit est irrésistiblement et fatalement entraîné à croire ce que tout le monde croit, et à agir en conséquence. Il a vu, il a cru voir ce qu'il a vu, c'est chez lui une conséquence aussi sérieuse que sincère. Tout ce qu'on dit après lui n'est qu'hypothèse, il a le fait, il s'en tient au fait, au témoignage de ses sens; il ne s'est pas trompé, il n'a pas pu se tromper, et il persiste dans son témoignage avec d'autant plus d'opiniâtreté qu'il est plus honnête. »

Je ne me souviens plus comment on prit, à Montpellier et à Paris, cette explication toute naturelle, toute physiologique et psychologique de ces contradictions entre les médecins experts et les médecins témoins, sans qu'on doive en rechercher d'autres ou injustes pour l'art, ou blessantes pour ceux qui le pratiquent.

***

*Paulo minora canamus.* On lit dans la *Géographie universelle* de M. E. Reclus, ce passage bien curieux sur le chien des Kamtschatdales, en Sibérie : « Pour la nourriture d'un chien de Kamtschatdale pendant les huit mois de neiges et de glaces, il faut plusieurs milliers de poissons secs; six chiens, attelage ordinaire d'un traineau, peuvent consommer cent mille harengs. Il faut donc que les pauvres Kamtschatdales fassent de grandes provisions pendant les quatre mois d'été, mais comment vivraient-ils sans leurs chiens? Ces animaux ressemblent aux loups par la taille, la robe et les hurlements. Durs à la fatigue, on les a vus quelquefois

pendante actuellement dans la Société médicale des hôpitaux sur la scrofulose et la tuberculose paraît entrer sous ce rapport dans une voie de progrès. J'ai saisi l'occasion d'appeler l'attention de la Société de médecine sur la question du rhumatisme, qui n'offre pas un moindre intérêt pathologique, bien qu'elle n'atteigne pas un même degré d'intérêt social.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## AVRIL, MAI ET JUIN 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 août 1881 (1),

Par M. Ernest BESNIER.

### II. — DIPHTHÉRIE (suite).

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Labric. Note de M. Béclère, interne du service : « 69 cas de diphthérie ont été observés dans le service de M. Labric pendant le second trimestre de l'année 1881.

Ces 69 cas se répartissent ainsi : 20 cas d'angine couenneuse sans croup, dont 2 avec diphthérie cutanée; 47 cas de croup avec ou sans angine, dont 1 avec diphthérie cutanée; 2 cas de diphthérie cutanée sans angine ni croup.

Des 20 enfants atteints d'angine couenneuse sans croup, 8 ont guéri, âgés 2 de 2 ans, 1 de 3 ans, 1 de 4 ans, 1 de 8 ans 1/2, 1 de 11 ans et 2 de 12 ans. Un seul de ces enfants, âgé de 2 ans, avait contracté son angine à l'hôpital, dans le service de chirurgie. Des 12 enfants qui sont morts, 5 âgés 2 de 2 ans, 1 de 3 ans 1/2, 1 de 12 ans et 1 de 14 ans étaient atteints d'angine diphthérique, primitive, à forme infectieuse; les 7 autres étaient atteints d'angine diphthérique secondaire. 3 d'entre eux ont contracté, dans le service de M. Labric, la maladie qui les a emportés, l'un âgé de 2 ans 1/2 dans le cours de la tuberculose pulmonaire, un autre âgé de 5 ans dans le cours de la coqueluche; le troisième, du même âge, était entré pour un zona du membre inférieur gauche, et la diphthérie cutanée au niveau des ulcérations dues au zona a précédé chez lui de plusieurs jours la diphthérie du pharynx; des 4 autres l'un, âgé de 2 ans, avait une angine couenneuse consécutive à la scarlatine, 3 en avaient une consécutive à la rougeole; ils étaient âgés de 2 à 3 ans, et l'un d'eux avait eu en outre une double broncho-pneumonie, de la diphthérie des lèvres et de la gangrène de la joue.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 août.

traîner leur *narta* (traineau), pendant quarante-huit heures sans avoir mangé autre chose que des morceaux de cuir arrachés à leurs harnais. Un atelage de onze chiens parcourt d'ordinaire de 60 à 80 kilomètres dans la journée, en traînant un homme et un poids de 180 kilogrammes, parfois c'est le double. Sans les chiens, quand les brouillards et les tempêtes rendent impossibles les voyages à pied, il n'y aurait presque aucune communication entre les familles Kamtschatdales, bloquées par la neige dans leurs souterrains.

En été, les chiens errent librement dans les forêts et sur les bords des rivières où ils trouvent à se nourrir. Dès que les premières neiges tombent, ils reviennent fidèlement chez leurs maîtres. »

Ce chien sibérien, je le trouve simplement admirable, et de tous points supérieur à ce prétendu roi de la création, surtout à ce roi paresseux et ivrogne qui demande tout pour lui, sans se réclamer d'aucun service. Ce pauvre chien sibérien sait qu'il est utile à l'homme, et quand ce coin de terre désolé se couvre d'un manteau de neige et de glace, son ami vient lui dire : Me voici, je me mets à tes ordres, je vais te rendre tous les services que tu attends de moi, à la seule condition que tu me nourriras, ce qui est de ton intérêt, car sans moi que ferais-tu?

Dr SIMPLICE.

### Rectification historique.

Mon excellent et savant ami, M. le professeur Laforgue, de Toulouse, a eu la bonté de m'adresser la note suivante relative à Sanchez, célèbre médecin de Toulouse :

Toulouse, le 14 août 1881.

Dans le curieux et remarquable discours sur le scepticisme en médecine, lu par le docteur

Des 47 enfants atteints de croup avec ou sans angine, 7 seulement ont guéri, dont 6 après trachéotomie; chez ces 7 enfants, l'angine avait précédé le croup, 1 seul avait contracté son angine à l'hôpital dans le service des ophthalmiques. Voici leur âge : 2 de 5 ans 1/2, 1 de 6 ans 1/2, 2 de 7 ans, 1 de 7 ans 1/2, un de 10 ans.

Les 40 enfants qui ont succombé se répartissent ainsi : chez 22, la diphthérie était primitive; 3 l'avaient contractée à l'hôpital, ils étaient âgés de 2 à 6 ans, à l'exception d'un seul âgé de 13 ans; 13 d'entre eux ont été opérés.

Chez 11 enfants, la diphthérie était consécutive à la rougeole, 1 seul l'avait contractée à l'hôpital, 1 seul d'entre eux, le plus vieux, âgé de 5 ans, a été opéré.

Chez 3 enfants, âgés l'un de 4 ans, l'autre de 6 ans, le troisième de 7 ans 1/2, la diphthérie était consécutive à la scarlatine, tous l'avaient contractée à l'hôpital; le plus âgé seul a été opéré.

Chez 2 enfants, âgés l'un de 10 ans, l'autre de 9 ans, la diphthérie était consécutive à la fièvre typhoïde, tous deux ont contracté la diphthérie à l'hôpital; le plus âgé seul a été opéré.

Enfin, chez un enfant de 4 ans, il s'agissait d'un croup secondaire dans le cours d'une coqueluche, et, chez un enfant de 3 ans, du croup dans le cours de la tuberculose pulmonaire.

En résumé, 22 trachéotomies ont été faites et 6 ont été suivies de guérison. »

### III. — Fièvres éruptives.

Les fièvres éruptives ont évolué conformément aux lois saisonnières que nous avons établies et dont la démonstration est surabondante : déclin de la variole au printemps; inversement, progrès de la rougeole, de la scarlatine et des érysipèles.

D'autre part, la scarlatine continue à subir, dans son évolution multi-annuelle, une progression aujourd'hui considérable. Après être restée durant de longues années d'une extrême rareté à Paris, dans les hôpitaux surtout, rareté sur laquelle nous n'avons cessé d'attirer l'attention, la scarlatine atteint maintenant toutes les classes de la société, et fait, à tous les âges, de nombreuses victimes. Voilà un fait épidémiologique d'une grande importance à tous les points de vue; voilà une période d'activité du germe scarlatineux qui serait bien propice à une étude instituée sur le plan de celles qui agitent aujourd'hui la pathologie des animaux. Quand verrons-nous les maladies humaines, soumises aux mêmes recherches, bénéficier des mêmes progrès?

---

Féréol au Congrès médical de Londres, Maurice Raynaud comprend parmi les médecins sceptiques Sanchez de Toulouse; j'ai eu la curiosité de consulter la biographie toulousaine, et voici les principaux passages que j'y trouve. J'ai pensé que cela pourrait vous intéresser, et je vous l'envoie.

Sanchez (François), célèbre médecin et professeur en médecine, naquit à Brada en 1562. Son père, excellent médecin aussi, ayant été obligé de faire un voyage à Bordeaux, amena avec lui son fils, et se fixa dans cette ville. Le jeune Sanchez, après avoir terminé ses études, reçut de son père les premières notions de la médecine; il le perdit bientôt après. Passionné pour les voyages, il se décida à quitter Bordeaux; il parcourut une partie de l'Italie et vint à Rome, qu'il habita pendant quelque temps. Il repassa bientôt en France, et s'arrêta à Montpellier, où il fut reçu docteur et nommé professeur, n'ayant pas encore atteint sa vingt-quatrième année. Il aurait sans doute joui de tous les avantages de sa position, si les guerres de religion et les fureurs intestines qui ravageaient la France, à cette époque, ne l'eussent obligé de quitter Montpellier pour venir s'établir à Toulouse. Il acquit bientôt dans cette ville la plus grande célébrité. C'est de ce moment que date la réputation de Sanchez, et l'on peut affirmer qu'il fut un des plus grands médecins du siècle. Il embrassa la carrière des mathématiques avec ardeur. D'après ce qu'en dit Bayle, Sanchez fut entaché de pyrrhonisme. Nous observerons cependant ici que, dans ses ouvrages, il a toujours gardé un juste milieu; mais il assure que la connaissance des mathématiques lui fut d'un grand secours et l'empêcha souvent d'embrasser de fausses doctrines. En 1587, une effroyable comète parut : déjà les astrologues pronostiquaient de sinistres présages; déjà ils avaient tiré des horoscopes et créé des systèmes sur l'état du ciel. Sanchez ne tarda pas à s'élever contre leurs pronostics, et les tourna en ridicule en publiant contre eux des vers satiriques. Il mourut à Toulouse en 1632, âgé de

| HOPITAUX CIVILS DE PARIS — Morbidité et Mortalité comparées dee fièvres éruptives. Ier et IIe trimestres 1881. | Varioles. | | | | | Rougeoles. | | | | | Scarlatine. | | | | | Érysipèles. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mois. | | Trimestre. | | | Mois. | | Trimestro. | | | Mois. | | Trimestre. | | | Mois. | | Trimestre. | | |
| | M. | D. | M. | D. | P. 0/0 | M. | D. | M. | D. | P. 0/0 | M. | D. | M. | D. | P. 0/0 | M. | D. | M. | D. | P. 0/0 |
| Janvier | 170 | 42 | | | | 41 | 6 | | | | 31 | 4 | | | | 79 | 9 | | | |
| Février | 267 | 76 | 702 | 172 | 24 | 44 | 8 | 145 | 25 | 17 | 44 | 5 | 131 | 14 | 10 | 96 | 11 | 262 | 31 | 11 |
| Mars | 265 | 54 | | | | 60 | 11 | | | | 56 | 5 | | | | 87 | 11 | | | |
| Avril | 279 | 59 | | | | 64 | 9 | | | | 44 | 7 | | | | 87 | 13 | | | |
| Mai | 199 | 37 | 694 | 144 | 20 | 64 | 16 | 195 | 36 | 18 | 70 | 6 | 214 | 20 | 9 | 132 | 10 | 349 | 32 | 9 |
| Juin | 216 | 48 | | | | 67 | 11 | | | | 100 | 7 | | | | 130 | 9 | | | |

### IV. — Variole.

La variole décroît dans son mouvement multi-annuel et dans son évolution saisonnière; au lieu de 642 décès varioliques, chiffre du deuxième trimestre de 1880, nous n'en avons à enregistrer, en 1881, que 296; du premier au second trimestre de 1881, ce chiffre s'est abaissé de 356 à 296, et il s'abaissera encore plus au trimestre d'été.

Les tableaux ci-dessous renferment les éléments de cette statistique pour la ville et pour les hôpitaux.

**1o Statistique de la ville (1).**

| VARIOLE A PARIS — Statistique comparée du Ier et du IIe trim. 1881, par mois et par arrondissement. | 1 Louvre. | 2 Bourse. | 3 Temple. | 4 Hôtel-de-Ville. | 5 Panthéon. | 6 Luxembourg. | 7 Palais-Bourbon. | 8 Elysée. | 9 Opéra. | 10 Saint-Laurent. | 11 Popincourt. | 12 Reuilly. | 13 Gobelins. | 14 Observatoire. | 15 Vaugirard. | 16 Passy. | 17 Batignolles. | 18 Montmartre. | 19 Chaumont. | 20 Ménilmontant. | Totaux mensuels | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Premier trimestre 1881 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Janvier | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 3 | » | 2 | 5 | 16 | 21 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 11 | 16 | 12 | 110 | |
| Février | 1 | 6 | 4 | 4 | 7 | 1 | 3 | » | 1 | 11 | 22 | 17 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 10 | 18 | 16 | 132 | 356 |
| Mars | 3 | 4 | 4 | 2 | 7 | 4 | 1 | 1 | 3 | 11 | 25 | 8 | 4 | 2 | » | 1 | 5 | 7 | 17 | 5 | 114 | |
| Totaux | 6 | 12 | 10 | 10 | 15 | 6 | 7 | 1 | 6 | 27 | 63 | 46 | 10 | 9 | 2 | 3 | 11 | 28 | 51 | 33 | | |
| Deuxième trimestre 1881 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avril | 2 | 3 | 1 | 3 | 6 | 2 | 3 | 1 | 1 | 11 | 20 | 9 | 7 | 4 | 1 | » | 6 | 12 | 14 | 9 | 115 | |
| Mai | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | » | 1 | 1 | 2 | 18 | 12 | 11 | 4 | 3 | » | » | 1 | 8 | 9 | 13 | 94 | 296 |
| Juin | 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | » | » | 2 | 6 | 16 | 18 | 6 | 3 | » | » | 5 | 5 | 6 | 8 | 87 | |
| Totaux | 5 | 7 | 7 | 8 | 10 | 3 | 4 | 2 | 5 | 35 | 48 | 38 | 17 | 10 | 1 | » | 12 | 25 | 29 | 30 | | |

(1) Voy. la note annexée au tableau de la diphthérie pour le premier trimestre. Il faut ajouter, pour les décès de *domiciliés hors Paris*, 9 décès en janvier, 10 en février, 8 en mars, 5 en avril, 5 en mai, 5 en juin.

---

70 ans, après avoir été directeur de l'Hôtel-Dieu pendant trente ans et professé la médecine pendant onze ans.

On a recueilli ses ouvrages sous ce titre : *Opera medica, his juncti sunt tractatus quidam philosophicè non insubtiles;* Toulouse, 1636.

On distingue entre ses traités celui qui est intitulé : *Liber quod nihil scitur;* Francfort, 1610. Il ne publia cet ouvrage que pour relever les erreurs des philosophes de son temps; quelques efforts qu'il eût faits, il n'en a pas moins été combattu par Ulric Widdius, qui publia une réfutation étendue du scepticisme dans lequel il paraît que Sanchez serait tombé. Il ne nous appartient pas de mettre ici d'accord ces deux auteurs; mais tout ce que nous pouvons dire à l'égard de Sanchez, c'est qu'il fut un des hommes les plus pénétrants de son temps; qu'il chercha toujours à s'écarter de ces faux préjugés dont la médecine s'environnait à cette époque, et qu'il ne lui a manqué, pour devenir un homme célèbre, que de vivre dans un siècle qui sût mieux l'apprécier.

H. Laforgue.

**2° Statistique des hôpitaux.**

| Variole — Hôpitaux civils de Paris, Ier et IIe trimestres 1881. | St-Antoine | | Tenon | | Saint-Louis | | E.-Malades | | Trousseau | | Tot. mens. | | Tot. trim. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. | D. | M. | D. | M. | D. | M. | D. | M. | D. | M. | D. | M. | D. |
| Janvier | 70 | 22 | 25 | 3 | 63 | 15 | 6 | 1 | 8 | 1 | 172 | 42 | 723 | 173 |
| Février | 118 | 43 | 35 | 9 | 113 | 23 | 8 | 0 | 12 | 2 | 286 | 77 | | |
| Mars | 121 | 26 | 19 | 3 | 109 | 24 | 8 | 0 | 8 | 1 | 265 | 54 | | |
| Avril | 132 | 29 | 26 | 7 | 109 | 19 | 3 | 1 | 9 | 3 | 279 | 59 | 694 | 164 |
| Mai | 90 | 17 | 27 | 1 | 75 | 16 | 1 | 0 | 6 | 3 | 199 | 37 | | |
| Juin | 85 | 17 | 29 | 5 | 81 | 21 | 1 | 0 | 20 | 5 | 216 | 48 | | |

*(La suite dans un prochain numéro.)*

## JOURNAL DES JOURNAUX

Le dernier numéro de la *Revue de chirurgie* (10 août 1881) contient plusieurs articles de valeur, dont nous allons donner en quelques mots la substance.

*Contribution à l'étude des résultats fournis par l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire*, par F. Terrier. — L'auteur de ce travail pose la question suivante : l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire, résultat fatal de l'existence d'adhérences solides, étendues et vasculaires à des organes importants, dont la lésion serait fort grave, donne-t-elle, comme on l'a dit, des résultats déplorables, et doit-elle être évitée autant qu'on le peut (Kœberlé)? Est-ce, au contraire, une opération acceptable, et même une méthode de prudence et non de nécessité (Péan)?

En s'appuyant sur des faits inédits, sur des observations récentes et sur les statistiques publiées par Spencer Wells et Péan, M. Terrier arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Les opérations incomplètes terminées par ouverture de kyste, suture de ses parois à la plaie abdominale et drainage, donnent des résultats fort différents selon la nature de la tumeur kystique.

2° Lorsque le kyste est *uniloculaire*, — tels sont les kystes séreux du ligament large et les kystes dermoïdes, — le résultat peut être excellent et la cavité kystique finit par se combler entièrement.

3° Le même résultat est peut-être possible dans certains kystes uniloculaires au point de vue clinique, mais qui ne sont autres que des kystes multiloculaires pour les anatomo-pathologistes.

4° Quand le kyste est *multiloculaire*, lorsque les parois kystiques offrent des *végétations*, les résultats sont très médiocres. La tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment, enfin la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement.

5° Notons enfin, et cela dans les cas de kystes uni ou multiloculaires, la possibilité du développement rapide d'une tumeur déjà préexistante sur l'ovaire qui n'a pas été touché et dont l'état n'a pu être vérifié au moment de l'opération.

*Nouveau cas de laparotomie dans un cas d'étranglement interne par bride*, par M. Jules Bœckel (de Strasbourg). — Un malade, dont l'histoire est consignée dans les *Bulletins* de la Soc. de chir. (t. VI, p. 389), et un autre, observé tout récemment, ont été opérés le sixième et le treizième jour de l'étranglement. La seconde observation fait donc exception à la règle qui établit que l'opération est infailliblement suivie de mort, pour peu qu'on la pratique après le sixième jour. « Ce n'est pas à dire, ajoute l'auteur, que je rejette l'intervention hâtive, loin de là... Mais ce que je voudrais faire ressortir de ce travail, c'est qu'il existe des cas où les symptômes graves ne se manifestent que tardivement, et où l'intervention tardive peut encore être tentée avec succès. Dans cette catégorie rentrent les étranglements par bride siégeant au niveau de l'S iliaque ou de l'extrémité supérieure du rectum. »

L'occlusion intestinale et son traitement sont à l'ordre du jour; tous les chirurgiens s'en occupent avec ardeur. Aussi ne sommes-nous pas étonné de voir, à la suite du travail de M. Bœckel, une autre observation intéressante sur le même sujet, par le docteur Maurice Claudot, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de la Charité (Lyon). Elle a pour titre : *Laparotomie dans un cas d'occlusion intestinale.*

*De l'hémostase dans la castration*, par G. Bouilly. — Notre collègue et ami G. Bouilly

passe en revue les méthodes de castration chez le cheval, évoque le souvenir des discussions sur la *ligature en masse* et la *ligature isolée* chez l'homme, et, après un exposé très complet et très judicieux des avantages et des inconvénients inhérents à chacune d'elles, arrive à des conclusions « presque négatives » sans doute, mais qui ne sont pas sans intérêt. Nous les reproduisons :

*a.* D'après les faits connus, aucun procédé de ligature du cordon ne met l'opéré, d'une façon absolument certaine, à l'abri de l'hémorrhagie immédiate ou retardée ni des complications nerveuses.

*b.* L'hémorrhagie dans les deux modes de ligature, ligature en masse ou ligature isolée, ne paraît devoir être attribuée qu'à une manière vicieuse ou incomplète d'appliquer le fil, — insuffisance de la constriction ou négligence dans la recherche des vaisseaux sectionnés.

*c.* Le tétanos semble s'être montré plus fréquent après la ligature en masse qu'après les autres procédés d'hémostase, sans que l'on puisse établir une relation évidente de cause à effet entre cette complication et la constriction du cordon.

*d.* La ligature isolée des artères, plus difficile dans son exécution, mais plus conforme aux données générales de la pratique, devra dans la majorité des cas être le procédé de choix.

*e.* La prudence exige que l'on fasse également la ligature isolée des veines spermatiques.

*f.* La ligature en masse pourra être réservée aux castrations pratiquées sur les cordons encore petits des enfants ou des adolescents, ou dans les ablations de testicule ectopié. Le lien devra être vigoureusement serré d'emblée, de façon à assurer l'hémostase et à détruire toute sensibilité.

*g.* Dans tous les cas, la ligature devra être faite avec des fils en substance résorbable, permettant la réunion immédiate, sans souci de leur élimination.

*h.* Les autres procédés sont incertains ou inutiles. — L.-G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

Au nom de M. Toussaint, M. H. Bouley présente à l'Académie une note sur le parasitisme de la tuberculose :

« Les données actuellement acquises, dit l'auteur, sur les maladies contagieuses ont assis sur des bases sérieuses la doctrine du parasitisme pour toutes les affections de cette nature. On ne comprendrait plus, d'ailleurs, que des maladies qui se transmettent et se reproduisent toujours et indéfiniment sous la même forme, avec les mêmes symptômes, pussent être déterminées par des causes différentes. Le virus qui donne naissance à l'une de ces maladies et qui envahit toute l'économie doit avoir la faculté de reproduction, et les êtres vivants jouissent seuls de cette propriété.

L'étude attentive des liquides de l'économie, surtout lorsqu'elle est accompagnée des procédés de recherche préconisés par M. Pasteur, a déjà démontré la nature parasitaire de plusieurs maladies contagieuses. Je viens apporter aujourd'hui une nouvelle preuve à l'appui de cette doctrine. Il s'agit de la maladie la plus meurtrière de toutes celles qui sévissent sur l'espèce humaine, de la tuberculose.

Les premières recherches que j'ai faites sur ce sujet datent des premiers mois de l'année 1880. Après avoir recueilli, dans un ballon purifié, du sang d'une vache tuberculeuse, je transportai le sérum, qui s'était formé après la coagulation, dans des tubes Pasteur contenant des bouillons faits avec de la viande de chat, de porc et de lapin; du sérum pur fut aussi transvasé dans un tube et mis à l'étuve. Après quelques jours, la plupart de ces liquides présentèrent des granulations très petites, simples, géminées ou réunies en petits amas. Je fis des deuxièmes cultures et j'inoculai ensuite à de jeunes chats; ces animaux vivent très difficilement en captivité, et tous moururent d'épuisement avant le moment où il eût été possible de constater la tuberculose. Cinq mois après avoir recueilli le sérum, j'eus l'occasion d'inoculer à deux autres chats presque adultes le contenu d'une seringue Pravaz du sérum qui était resté pendant quelques semaines à l'étuve, et qui présentait des granulations sphériques dont j'ai conservé le dessin. Les deux chats furent tués quarante-sept jours après l'inoculation; l'un d'eux montra une lésion locale assez prononcée et un ganglion préscapulaire volumineux; mais le poumon ne renfermait aucun tubercule. Le second présenta les mêmes lésions locales et ganglionnaires, et de plus une vingtaine de tubercules très petits, disséminés dans les deux lobes pulmonaires. L'examen microscopique montra que l'affection était bien la tuberculose.

e ne rappelle ce fait que pour montrer la durée que peut avoir la conservation du virus tuberculeux. Il est certain que cette expérience ne peut suffire à démontrer l'existence du microbe, e liquide provenant directement du sang.

Au commencement de cette année, j'essayai quelques cultures avec le poumon et les ganglions pulmonaires d'une vache tuée à l'abattoir; mais, malgré la température très basse du moment, l'animal ayant été tué depuis vingt-quatre heures, j'obtins dans tous les flacons, au nombre de treize, plusieurs microbes différents; cependant, il y en avait un qui se trouvait dans tous et qui ressemblait à celui qui avait été dessiné d'après le sérum et les cultures.

Le 1er mars, je tuai une jeune truie qui avait mangé, quatre mois auparavant, en deux jours, un poumon de vache pesant 39 kilog., et qui provenait aussi de l'abattoir; elle avait une tuberculose très développée. Le poumon renfermait une quantité énorme de tubercules, tous les ganglions étaient caséeux, surtout ceux du pharynx, des bronches et de l'intestin.

J'ai recueilli, avec toutes les précautions qui doivent être prises en pareil cas, du sang, de la pulpe des ganglions pharyngiens, pulmonaires et intestinaux, et j'ai ensemencé sept flacons contenant du bouillon de lapin légèrement alcalin. Dès le lendemain, les bouillons étaient troubles et contenaient tous un seul et même microbe; ces cultures, poussées jusqu'à la dixième, ont conservé toute leur pureté. L'activité de la multiplication dure de dix à quinze jours, puis, après ce temps, le liquide épuisé s'éclaircit, les microbes tombent au fond du vase et forment un dépôt de couleur légèrement jaunâtre.

Ce dépôt est exclusivement composé de très petites granulations isolées, géminées, réunies par groupes de trois à dix ou en petits amas irréguliers. Dans les premiers jours de la culture, on voit des flocons blanchâtres assez consistants, qui ressemblent beaucoup aux filaments des cultures de bactéridie; lorsqu'on aspire avec un tube effilé, la plus grande partie du nuage monte dans le tube ou reste suspendue à son extrémité; elle persiste plusieurs jours dans le liquide clair sans se diluer : le microbe est donc entouré à ce moment par une atmosphère de matière gluante et assez consistante.

Examinés au microscope, les points agglomérés montrent des amas extrêmement riches d'un microbe qui paraît alors immobile et répandu isolément sur toute la surface de la préparation. Dans les parties liquides, on observe, au contraire, dans les granulations isolées, géminées ou réunies en plus grand nombre, des mouvements browniens très prononcés. Plus tard, la couleur blanchâtre du liquide devient uniforme et enfin les microbes tombent au fond du liquide. Leur réfringence est beaucoup plus grande à la fin qu'au début de la culture, le diamètre a diminué : il est un peu inférieur à celui du microbe du choléra des poules et n'offre guère que 0mm, 0001 à 0mm,0002 de diamètre.

Les premières inoculations des cultures ont été faites à des lapins, dans le tissu conjonctif sous-cutané; toutes ont été infructueuses, à l'exception d'une seule qui avait été faite avec une troisième culture. Tué accidentellement par un chien, le trente-troisième jour, ce lapin montra dans le poumon quelques tubercules dont les caractères histologiques ont été constatés. Mais il n'en a pas été de même chez le chat, lorsque l'inoculation a eu lieu dans le péritoine. Ici encore les animaux sont morts d'épuisement après un mois de captivité, pendant lequel ils ont été constamment nourris avec des viandes très cuites. Le premier chat qui mourut avait des ganglions intestinaux énormes, en certains points même caséeux; mais, à ce moment, la tuberculose n'était pas encore généralisée. J'ai raclé avec un scalpel la coupe des ganglions et j'ai inoculé la pulpe et la sérosité à l'oreille de lapins jeunes. Tous les animaux ainsi traités, au nombre de huit, sont devenus tuberculeux. Après deux mois, l'infection était devenue générale, le poumon et la rate étaient remplis de tubercules gris.

Les premiers lapins tués ont servi à l'inoculation d'une seconde série de lapins qui présentent en ce moment tous les symptômes de la tuberculose.

Deux lapins de la première série seront conservés jusqu'à leur mort, afin de constater la nature des lésions finales. »

Dans une note très intéressante et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire aujourd'hui, M. de Lesseps établit le rôle de Claude de Jouffroy dans la découverte de la navigation à vapeur. — M. L.

---

TUNNEL DU SAINT-GOTHARD. — Ce tunnel avance avec une très grande rapidité. La longueur percée depuis le commencement de juin 1880, a été de 1,720 mètres; et l'on croit pouvoir atteindre bientôt une moyenne annuelle de 2,160 mètres. Les moyennes du Mont-Cenis et du Saint-Gothard étaient respectivement de 1,112 et 1,870 mètres. Le tunnel du Saint-Gothard sera achevé vers la fin de septembre. Mais les lignes d'approche ne seront pas terminées avant le printemps prochain.

---

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

## CLINIQUE MÉDICALE

### ACCIDENTS CÉRÉBRAUX DÉTERMINÉS PAR LA BELLADONE ADMINISTRÉE A HAUTES DOSES DANS LE TRAITEMENT D'UN RHUMATISME ARTICULAIRE ET POUVANT ÊTRE CONFONDUS AVEC LES SYMPTOMES DU RHUMATISME CÉRÉBRAL.

Par le docteur Léon BLONDEAU.

Une femme de 28 ans était entrée dans le service de la Clinique, le 25 octobre 1858, pour un rhumatisme articulaire aigu qui avait frappé toutes les jointures, touché le cœur, et était accompagné d'une fièvre très vive. Le sulfate de quinine ayant été inutilement donné pendant plusieurs jours, la vératrine ayant également échoué, Trousseau eut recours au traitement par la belladone, préconisée depuis longtemps par Alexandre Le Breton. Il consiste à donner ce médicament à doses progressivement croissantes jusqu'à provoquer le délire.

Deux hommes couchés, l'un au n° 14, l'autre au n° 15 de la salle Sainte-Agnès, une jeune fille de la salle Saint-Bernard, y avaient été soumis dans la même maladie avec un avantage assez réel pour en compenser les inconvénients. Ces inconvénients, en effet, sont que le délire que l'on cherche à produire, — car c'est alors seulement qu'il est porté aux doses délirantes que le médicament semble agir efficacement, — est un délire souvent érotique, et l'on conçoit dès lors les conséquences désagréables qui peuvent en résulter surtout chez les femmes. D'autres fois ce délire est un délire triste, les malades ayant, ainsi que nous l'avions observé chez les deux hommes de la salle Sainte-Agnès, des idées lugubres, ne rêvant qu'à leur mort prochaine, qu'à leurs funérailles auxquelles ils croient assister, et si l'on cherche à les désillusionner, ils s'y refusent, répondant qu'ils ne sont plus que cadavres. Érotique ou triste, ce délire revêt, du reste, dès le début, le caractère qu'il conservera dans la suite. Comme d'ailleurs il est sans autre danger du moment qu'il cesse, d'habitude, quand on a cessé l'administration du poison qui le provoquait, le médecin peut avoir recours à celui-ci lorsque les autres remèdes lui paraissent impuissants.

Trousseau mit donc la malade dont il est ici question à l'usage de la belladone, qu'il lui prescrivit en commençant par la dose de 0,05 centigrammes d'extrait administré le premier jour en une seule fois. Puis, en surveillant et en faisant surveiller attentivement son action, il en porta graduellement les doses jusqu'à 0,40 centigrammes donnés à doses fractionnées dans le courant de la journée. La belladone fut ainsi continuée pendant vingt jours. Soit l'effet de la médication, soit, peut-être, qu'au moment où celle-ci avait atteint sa dose maximum, la maladie, ayant elle-même atteint une durée de six semaines, dût naturellement s'amender, les douleurs se calmèrent, au point que Trousseau jugea à propos de réduire la quantité du médicament et de descendre de 0,40 à 0,30 centigrammes. Tout allant de mieux en mieux, les douleurs ayant complètement cédé, l'emploi de la belladone fut brusquement suspendu, de peur que survinssent les accidents toxiques qui ne s'étaient point encore manifestés.

Dès le jour de cette brusque interruption, la malade fut prise de troubles cérébraux qui, presque immédiatement, présentèrent un caractère assez sérieux pour appeler sur eux l'attention.

C'était un jeudi, jour d'entrée des parents dans les salles de nos hôpitaux. Le mari de cette jeune femme, ses enfants, étaient venus la voir suivant leur habitude. Au lieu de les recevoir et de les entretenir à sa manière accoutumée, elle le fit comme une personne inquiète, tourmentée de son avenir. La religieuse, présente à cette visite, ne fut pas d'abord frappée du changement opéré dans l'esprit de la malade; elle crut qu'elle se tourmentait de savoir ses enfants privés, depuis longtemps, de ses soins maternels et n'attacha pas à ses propos plus d'importance. Cependant, dans la soirée, sa tristesse s'était prolongée; le lendemain, ses idées étaient des plus lugubres. Elle demandait l'aumônier pour se préparer à la mort,

qu'elle voyait prochaine. Ces funèbres pensées ne la quittaient plus, et, le dimanche suivant, la scène du jeudi se renouvela avec sa famille. Cette fois elle versa d'abondantes larmes en faisant ses adieux aux siens, dont elle se croyait sur le point d'être à jamais séparée. Ses parents partis, elle réclamait à chaque instant les derniers secours de la religion et refusait toute espèce de nourriture désormais, pour elle, inutile.

Cette lypémanie, ces accidents cérébraux survenant, non pendant l'administration de la belladone, mais après la suspension complète de son emploi, étaient un fait fort étrange. Abstraction faite de sa forme, ce délire ne pouvait être mis sur le compte d'une métastase du côté de l'encéphale, puisque les douleurs articulaires, loin de céder tout à coup, s'étaient graduellement et lentement éteintes. Trousseau se demandait en conséquence si ces phénomènes, bien que se manifestant après la cessation de l'emploi du médicament, ne devaient pas être attribués à son influence se faisant sentir après coup, contrairement à ce qu'il avait observé jusque-là. Il se demandait plutôt si ce qui se passait ici ne pouvait pas être comparé avec ce qui, dans certains cas, se passe pour le *delirium tremens*. On sait, en effet, que, dans ces cas, le délire alcoolique survient sous l'influence de causes occasionnelles très différentes, — une lésion traumatique, une fièvre, etc., — chez des individus qui, ayant fait plus ou moins longtemps abus des liqueurs alcooliques, s'en étaient cependant abstenus depuis une époque plus ou moins éloignée. Il semble, alors, que les troubles intellectuels tiennent à ce que l'encéphale ne reçoit plus l'excitation artificielle à laquelle il s'était accoutumé. Il semble si bien en être ainsi qu'il suffit, pour faire cesser le délire, de rendre au cerveau le stimulant qui lui manquait; il suffit de donner aux malades des alcooliques dont on diminuera ensuite progressivement les doses.

De même chez la jeune femme qui les présentait, les accidents pouvaient bien être survenus parce que, sous l'influence de la belladone, son système nerveux encéphalique avait subi une modalité particulière en raison de laquelle il avait besoin, encore un certain temps, de cette influence, pour le libre exercice de ses fonctions. En conséquence, Trousseau prescrivit de reprendre la médication et de donner à la malade, dans les vingt-quatre heures, une potion contenant 0,15 centigrammes d'extrait de la solanée vireuse.

Dès le lendemain, une amélioration sensible s'était produite. La lypémanie avait disparu; la nuit avait été plus tranquille que ne l'avaient été les nuits précédentes. Le surlendemain, l'intelligence avait repris toute sa netteté, toute sa lucidité. Un certain enjouement avait succédé à la tristesse des jours passés. On continua cependant la médication pendant quelques jours encore, en réduisant graduellement les doses du médicament pour le supprimer absolument, le bien se maintenant réellement et la guérison paraissant définitive.

Le 4 janvier 1859, eette jeune femme quittait l'hôpital tout à fait rétablie.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## AVRIL, MAI ET JUIN 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 août 1881 (1),

Par M. Ernest Besnier.

### Variole (suite).

Hôpital Saint-Louis : M. Landrieux, M. Bourdel, interne du service (pavillon d'isolement des varioleux).

« Pendant ce deuxième trimestre, l'épidémie a été stationnaire; le chiffre des malades reçus a été de 236 (139 hommes, 97 femmes), chiffre presque identique à celui du premier trimestre (237).

(1) Suite. — Voir les numéros des 21 et 27 août.

Ces 236 cas se répartissent ainsi : varioles hémorrhagiques, 9 cas ; — varioles confluentes, 45 cas ; — varioles cohérentes, 65 cas ; — varioles discrètes, 77 cas ; — varioloïdes, 40 cas.

Voici les renseignements que nous avons recueillis au sujet de la *durée du séjour à Paris* de ces malades :

Habitaient Paris depuis moins d'un an, 58 ; depuis un an, 15 ; depuis deux ans, 22 ; depuis trois ans, 16 ; depuis quatre ans, 13 ; depuis cinq ans, 7 ; depuis six ans, 9 ; depuis sept ans, 9 ; depuis huit ans, 5 ; depuis neuf ans, 4 ; depuis dix ans, 21 ; depuis plus de dix ans, 23.

Comme dans les trimestres précédents, ce relevé montre clairement avec quelle énergie la variole frappe les *nouveaux arrivants* dans la capitale.

Les étrangers sont relativement nombreux : 57, qui se répartissent ainsi comme nationalité : Italie, 13 ; Autriche, 10 ; Belgique, 10 ; Angleterre, 2 ; Suisse, 1 ; duché de Luxembourg, 2 ; Allemagne, 2 ; Alsace-Lorraine, 18.

Relativement AUX VACCINATIONS ET REVACCINATIONS, voici le résultat de nos recherches :

*Vaccinés, non revaccinés* : 209 cas, dont 47 décès.

*Non revaccinés* : 7, dont 4 décès, les 3 autres ayant eu, l'un une variole confluente, le second une variole cohérente, le troisième une variole discrète.

Enfin, sur 5 *malades se disant vaccinés, mais ne portant pas de cicatrices*, il y a eu 2 guérisons et 3 décès.

Nous n'avons trouvé que 15 *sujets revaccinés*, dont 6 seulement *avec succès*. Ces 6 cas se décomposent ainsi :

Revacciné il y a 20 ans, variole discrète ; il y a 12 ans, v. discrète ; il y a 10 ans, v. discrète ; il y a 10 ans, varioloïde ; il y a 4 ans, v. discrète ; il y a 1 an, varioloïde.

Les cas de *revaccination, non suivie de succès*, se répartissent ainsi :

Revacciné il y a 12 ans, variole cohérente ; il y a 10 ans (au régiment), v. cohérente ; il y a 6 ans, varioloïde ; il y a 5 ans (au régiment), v. cohérente ; il y a 4 ans, varioloïde ; il y a 2 ans, v. discrète ; il y a 1 an, v. cohérente (mort) ; il y a 2 mois, v. discrète.

Enfin, un malade ayant été revacciné il y a 10 ans, sans qu'il ait pu indiquer le résultat de l'opération, a été atteint d'une variole cohérente. (Malgré nos recherches, il nous a été impossible de connaître la *nature du vaccin* employé dans ces revaccinations.)

La *contagion* a pu être constatée d'une façon nette dans 60 cas.

Les *varioles hémorrhagiques*, au nombre de 9, ont toutes été mortelles.

Age : de 15 à 20 ans, hommes, 0 ; décès, 0 ; femmes, 1 ; décès, 1. — De 20 à 25 ans, h., 0 ; d., 0 ; f., 1 ; d., 1. — De 25 à 30 ans, h., 0 ; d., 0 ; f., 1 ; d., 1. — De 30 à 35 ans, h., 1 ; d., 1 ; f., 1, d., 1. — De 35 à 40 ans, h., 1 ; d., 1 ; f., 3 ; d., 3. — Total : hommes 2 ; femmes, 7.

La mort est survenue, le plus habituellement, du premier au sixième jour de l'éruption, par toxémie.

Les *varioles confluentes* comprennent 45 cas, dont 37 mortels.

Age : au-dessous de 1 an, hommes, 1, décès, 1 ; femmes, 1, décès, 1. — De 10 ans, h., 0, d., 0 ; f., 1, d., 0. — De 10 à 15 ans, h., 0, d. 0 ; f., 1, d. 0. — De 15 à 20 ans, h., 3, d., 2 ; f., 3, d., 2. — De 20 à 25 ans, h., 2, d., 2 ; f., 2, d., 2. — De 25 à 30 ans, h. 3, d., 2 ; f., 6, d., 4. — De 30 à 35 ans, h., 5, d., 4 ; f., 0, d., 0. — De 35 à 40 ans, h., 3, d., 3 ; f., 3, d., 3. — De 40 à 45 ans, h., 4, d., 4 ; f., 0, d., 0. — De 45 à 50 ans, h., 1, d., 1 ; f., 1, d., 1. — De 50 à 55 ans, h., 3, d., 3 ; f., 2, d. 2. — De 55 à 60 ans, h., 0, d., 0 ; f., 1, d. 1. — Totaux : hommes, 24, décès, 21 ; femmes, 21, décès, 16.

Sur ces 37 décès, la mort est survenue 20 fois par toxémie, ou septicémie, le huitième, neuvième, douzième ou le quinzième jour de l'éruption.

Dans un cas, la mort a été précédée d'un *délire alcoolique très violent* ; dans un autre de *congestion pulmonaire* ; dans un troisième cas, enfin, d'une *albuminurie* très abondante. Dans 5 cas, la mort a eu lieu par suite de la confluence de l'éruption sur les muqueuses et asphyxie ; dans 2 cas, par broncho-pneumonie ; dans 9 cas, au milieu d'hémorrhagies survenant secondairement ; enfin, dans un cas, il y a eu myocardite et mort subite le quatorzième jour de l'éruption.

Les *varioles cohérentes* ont été au nombre de 65, dont 9 terminés fatalement.

Age : de 15 à 20 ans, hommes, 4, décès, 0 ; femmes, 3, décès, 0. — De 20 à 25 ans, h., 9, d., 1 ; f., 6, d. 2. — De 25 à 30 ans, h., 11, d., 2 ; f., 8, d., 0. — De 30 à 35 ans, h., 8, d., 2 ; f., 1, d., 0. — De 35 à 40 ans, h., 3, d., 0 ; f., 4, d., 1. — De 40 à 45 ans, h., 3, d. 0 ; f., 3, d., 0. — De 45 à 50 ans, h., 0, d., 0 ; f., 2, d., 1. — De 50 à 55 ans, h., 0, d., 0 ; f., 1, d., 0. — Total : hommes, 38, décès, 6 ; femmes, 27, décès, 3.

La mort est survenue 2 fois à la suite d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu ; 1 fois par congestion pulmonaire, avec albuminurie abondante ; 1 fois par broncho-pneumonie ; 2

par endo-péricardite, avec congestion pulmonaire; 2 fois par pneumonie lobaire; 1 fois par septicémie, le treizième jour de l'éruption.

Les *varioles discrètes* comprennent 77 cas, terminés par guérison.

Age : de 15 à 20 ans, hommes, 12; femmes, 4. — De 20 à 25 ans, h., 15; f., 10.— De 25 à 30 ans, h., 11; f., 4.— De 30 à 35 ans, h., 6; f., 4.— De 35 à 40 ans, h., 5; f., 3. — De 40 à 45 ans, h., 1; f., 1. — De 70 à 75 ans, h., 1; f., 0. — Total : hommes, 49; femmes, 28.

Les *varioloïdes* ont été au nombre de 40.

Age : De 15 à 20 ans, hommes, 4; femmes, 3. — De 20 à 25 ans, h., 10; f., 8. — De 25 à 30 ans, h., 9; f., 1. — De 30 à 35 ans, h., 1; f., 2. — De 35 à 40 ans, h., 1; f., 0. — Total : 26 hommes, 14 femmes.

Dans ce nombre figurent 1 *varioloïde confluente* et 3 *varioloïdes cohérentes.*

En résumé, le nombre des malades est à peu près identique à celui du trimestre précédent; la proportion de la mortalité est aussi à peu près la même, c'est-à-dire très élevée. Sur 237 malades il y avait eu, dans le premier trimestre, 58 décès; dans le deuxième, sur 236 malades, nous en trouvons 55, *ce qui fait le quart de mortalité.*

Relativement à l'*âge,* c'est toujours la période de 20 à 25 ans qui est la plus éprouvée; nous trouvons en effet 63 cas dans cette période; celle de 25 à 38 ans vient ensuite et comprend 54 cas; enfin celle de 15 à 20 ans, qui est représentée par 35 cas.

Parmi les complications que nous avons observées, signalons plusieurs *érysipèles de la face,* 2 cas de *kérato-conjonctivite,* de *nombreux abcès* et un *grand nombre d'albuminuries;* dans un de ces cas, nous avons pu assister à une poussée de néphrite parenchymateuse chez un malade atteint antérieurement de néphrite interstitielle.

Un malade a été également atteint, à la période de dessiccation, de laryngite suraiguë : nous devons noter aussi quelques cas d'éruption secondaire (acné, ecthyma, pemphigus); dans deux cas, ces éruptions étaient limitées aux muqueuses bucco-pharyngiennes, se traduisant par de petits groupes d'ulcérations arrondies présentant de grandes analogies avec les ulcérations qui succèdent à la rupture des vésicules de l'herpès. Enfin, à la suite d'une variole cohérente, nous avons observé une fièvre muqueuse consécutive, terminée par la guérison.

Plusieurs cas d'eczéma ont été assez remarquables, en ce sens que l'éruption discrète a été absolument confluente au niveau des parties envahies antérieurement par l'eczéma : il en a été de même dans un cas de pityriasis versicolore où la confluence de l'éruption dessinait fort nettement les plus petites plaques de pityriasis. Consécutivement à la variole, nous avons toujours vu chez les eczémateux des poussées aiguës au niveau des parties antérieurement atteintes, ce qui est contraire à l'opinion de ceux qui affirment que la variole modifie favorablement l'eczéma (1).

Les *rash* n'ont pas été très nombreux; nous les avons observés 21 fois.

Un rash hyperémique inguinal et axillaire a été suivi de variole confluente.

Un rash de même nature de variole cohérente.

Deux cas de rash hyperémique inguinal de varioles discrètes.

Cinq cas de rash inguinaux hémorrhagiques de : 3 varioles confluentes, 1 v. hémorrhagique, 1 v. cohérente.

Un rash rubéolique inguinal et pectoral de variole confluente.

Un rash rubéolique inguinal de variole cohérente.

Sept rash rubéoliques généralisés de : 5 varioles cohérentes, 1 v. discrète, 1 varioloïde.

Une variole discrète a présenté une éruption d'urticaire au début de la période d'éruption.

Ces faits me semblent insuffisants pour établir nettement le pronostic, par la seule considération de l'aspect, de la nature, de l'étendue du rash; cependant le rash hyperémique ou rubéolique permet de porter un pronostic beaucoup plus favorable que dans les cas de rash hémorrhagique même très limité. »

HÔPITAL TENON : M. Tenneson. Salle des varioleux (hommes), 16 lits.

« 1° Premier trimestre 1881. Total des malades sortis, 48; morts, 8; guéris, 40.

Non vaccinés, 3 (morts); vaccinés et non revaccinés ou revaccinés sans succès, 43; vaccinés et revaccinés, 1; douteux, 1.

*Cas intérieurs :* 7. Ces 7 malades habitaient l'hôpital depuis plus de quinze jours quand la variole a fait invasion. Aucun ne vient de mon service. »

(1) Les deux cas peuvent se rencontrer; mais il est parfaitement exact qu'une variole intercurrente peut modifier *temporairement,* de la manière la plus favorable, un eczéma chronique. D'une manière générale, les lésions varioliques de la peau mettent le tégument dans une condition plus ou moins fâcheuse pour l'avenir, notamment au point de vue des altérations de tout ordre du système sébacé. — Ernest BESNIER.

« 2° Deuxième trimestre 1881. Total des malades sortis, 43 ; morts, 7 ; guéris, 36.
Non vaccinés, 1 ; vaccinés et non revaccinés ou revaccinés sans succès, 36 ; vaccinés et revaccinés, 2 ; douteux, 4.

*Cas intérieurs* : 2 ; douteux, 1. Dans le cas douteux : sorti le 21 mai, éruption le 2 juin ; date de l'invasion douteuse. Forme hémorrhagique fréquente. Pas toujours mortelle. »

**Rougeole.**

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Labric. Note de M. Béclère, interne du service : « 39 cas de rougeole ont été observés dans le service de M. Labric pendant le second trimestre de l'année 1881, suivis 18 fois de guérison, 21 fois de mort.

Des 18 enfants qui ont guéri, 9, c'est-à-dire la moitié, ont contracté la rougeole à l'hôpital : 3 dans les services de chroniques (ophthalmiques, teigneux, scrofuleux), les 6 autres dans la salle, 4 dans le décours de la scarlatine, un dans le décours d'un rhumatisme articulaire aigu, un autre dans celui d'une pneumonie.

Ces 18 cas divers de guérison se répartissent ainsi au point de vue de l'âge : 1 de 2 ans 1/2, 1 de 3 ans, 1 de 3 ans 1/2, 3 de 4 ans, 1 de 5 ans, 2 de 5 ans 1/2, 2 de 6 ans, 1 de 7 ans, 1 de 7 ans 1/2, 3 de 8 ans 1/2, 1 de 10 ans, 1 de 11 ans.

Des 21 enfants qui ont succombé, 7 ont contracté la rougeole à l'hôpital : 3 l'ont prise dans le service des ophthalmiques, âgés 2 de 4 ans, 1 de 2 ans 1/2, et sont morts de broncho-pneumonie; le premier de ces 3 enfants a en outre été atteint de croup dans la salle de M. Labric; c'est dans cette salle que les 4 autres enfants ont pris leur rougeole; 2 l'un de 4 ans, l'autre de 7 ans, dans le décours d'une scarlatine, un troisième de 10 ans dans le cours d'une rechute de fièvre typhoïde ; le quatrième, de 3 ans, à la suite d'une bronchite simple; chez deux de ces enfants, le premier et le quatrième, la rougeole a été compliquée de croup. Des 14 autres enfants qui sont morts, 4, âgés de 2 ans, 2 ans 1/2, 3 ans et 4 ans ont succombé à des complications pulmonaires; le second avait en outre du pemphigus, et le troisième a présenté des convulsions généralisées. Chez les 10 autres, c'est la diphthérie qui a été la cause principale de la mort. Mais de ces dix enfants, âgés l'un de 15 mois, 4 de 2 ans au plus, 1 de 3 ans, 2 de 3 ans 1/2, 1 de 4 ans et 1 de 4 ans 1/2, 8 ont contracté la diphthérie avant leur entrée à l'hôpital et sont morts peu de temps après leur entrée, l'un dix heures après, l'autre le jour même, les autres le second, le troisième, le quatrième et le cinquième jour; un petit enfant de 2 ans avait en outre, à son entrée, de la gangrène de la bouche; et un autre avait à la fois, à son entrée, coqueluche, rougeole, broncho-pneumonie et croup. »

**Scarlatine.**

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Labric. Note de M. Béclère, interne du service : « 32 cas de scarlatine ont été observés dans le service de M. Labric pendant le second trimestre de l'année 1881.

21 enfants ont guéri et se répartissent ainsi au point de vue de l'âge : un de 14 ans 1/2, 1 de 14 ans, 3 de 13 ans, 3 de 12 ans, 3 de 10 ans, 1 de 9 ans, 2 de 8 ans 1/2, 1 de 8 ans, 2 de 6 ans 1/2, 1 de 5 ans 1/2, 2 de 5 ans.

De ces 21 enfants, 3 ont contracté leur scarlatine à l'hôpital, l'un âgé de 13 ans dans le cours d'une fièvre typhoïde, un autre âgé de 10 ans entré pour une angine diphthérique et le croup, et opéré quelques jours après la trachéotomie; le troisième âgé de 10 ans, quelques jours après la défervescence d'une pneumonie franche du sommet.

De ces 21 scarlatines terminées par la guérison, 11 ont évolué sans complication, 4 ont été suivies de rougeole chez des enfants âgés de 5 ans 1/2, 6 ans, 8 ans 1/2 et 10 ans. Un enfant âgé de 10 ans a présenté la plupart des complications qui peuvent suivre la période d'éruption : rhumatisme articulaire, endo-péricardite, pleurésie, albuminurie et anasarque; 1 autre, âgé de 10 ans, a présenté des signes de pleurésie sèche; 3 enfants âgés de 5 ans, 6 ans 1/2 et 8 ans 1/2, ont été atteints d'albuminurie et d'anasarque, et le premier, en outre, d'hématurie; mais deux de ces enfants ont eu leur scarlatine en ville et sont entrés à l'hôpital déjà atteints d'anasarque; enfin un enfant de 6 ans 1/2 a eu de la conjonctivite diphthérique dans le cours de sa scarlatine.

Des 11 enfants qui ont succombé, 5 seulement sont morts du fait de la scarlatine ou de ses suites, sans complication de maladie intercurrente. 3 enfants âgés 2 de 2 ans, le troisième de 3 ans, entrés en pleine éruption, sont morts quelques jours après avec une angine intense, des vomissements, de la diarrhée; un enfant de 4 ans, mort au bout de 23 jours avec albuminurie, vomissements et diarrhée, a présenté à l'autopsie les lésions du mal de Bright aigu; enfin un enfant de 11 ans a succombé au sixième jour de la maladie à des accidents cérébraux véritablement foudroyants.

Deux enfants, l'un de 7 ans, l'autre de 4 ans, sont morts du fait d'une rougeole intercurrente, compliquée de croup chez le second d'entre eux. Quatre autres enfants sont morts victimes de la diphthérie ; chez l'un âgé de 8 ans, ayant eu en ville son éruption de scarlatine, atteint à son entrée de rhumatisme articulaire, d'endo-péricardite et plus tard d'albuminurie, d'anasarque et de pleurésie gauche, la surface d'un vésicatoire s'est recouverte de diphthérie, et il a succombé à cette nouvelle complication; chez un autre âgé de 7 ans 1/2, les vésicules de miliaire accompagnant l'éruption, beaucoup plus nombreuses et plus serrées que de coutume, se sont réunies de façon à former de larges bulles, qui se sont rompues laissant le derme à nu; le derme dénudé s'est recouvert de fausses membranes, puis les signes du croup ont apparu, et malgré la trachéotomie, l'enfant est mort 19 jours après son entrée; enfin un enfant de 5 ans est mort le seizième jour d'angine diphthérique, et un enfant de 6 ans est mort le dixième jour d'angine diphthérique et de croup. »

Hôpital Trousseau : M. Bergeron. « Dix cas. Un seul décès. Scarlatine avec hyperthermie et accidents typhoïdes. Deux fois rhumatisme sans endocardite. Deux néphrites avec anasarque, guéries au moment du départ.

Dans les salles il y eut six néphrites consécutives à des scarlatines plus éloignées ; deux endocardites. Une scarlatine en voie de desquamation, avec albuminurie, présenta les symptômes d'un abcès périnéphrétique qui disparurent peu à peu après l'application de vésicatoires. Un cas de scarlatine contractée dans les salles. »

(*La suite dans un prochain numéro.*)

## Congrès médical international

### Section de médecine.

*De la distension des nerfs dans l'ataxie locomotrice.* — Cette discussion fut ouverte par la lecture d'un mémoire de Langenbeck, qui rapporta des cas dans lesquels l'opération pratiquée pour soulager la douleur améliora en même temps les autres phénomènes de l'ataxie, ce qui conduisit à penser que la distension du nerf sciatique avait donné lieu à des modifications heureuses dans la moelle elle-même.

Comme M. Gull le fit remarquer, ceci introduisit une idée nouvelle sur la nature de l'ataxie, et M. Ogle demanda si les effets curatifs de la distension nerveuse se montraient dans les cas où la lésion de la moelle était primitive aussi bien que dans ceux où cette lésion pouvait être considérée comme consécutive à des altérations nerveuses périphériques.

M. de Morgan cita un cas analogue à ceux de Langenbeck, et M. Grainger-Stewart plusieurs autres.

M. Brown-Séquard donna, à l'appui des faits rapportés, le résultat d'expériences sur la distension nerveuse, qui ont montré que cette opération avait une certaine influence sur les fonctions sensorielles des nerfs situés au-dessous du point de l'opération.

M. Buzzard, dans un travail sur certaines phases peu connues du *tabes dorsalis*, fait allusion à certains cas dans lesquels les phénomènes classiques de l'ataxie sont absents : absence du phénomène du genou, avec prédominance des crises gastriques pendant plusieurs années, ce qui a pu faire croire à l'existence d'un cancer de l'estomac. M. Buzzard pense comme Pierret que l'ataxie est essentiellement une inflammation chronique des fibres sensitives, et insiste beaucoup sur l'importance du *réflexe tendineux* dans ces cas anormaux.

M. Gull exprime des doutes sur l'origine réelle de la lésion dans l'ataxie, et M. Gueneau de Mussy, à propos des crises gastriques, dit qu'on a pris souvent ces cas pour des cas de goutte à l'estomac.

*Du rôle de la syphilis comme cause d'ataxie locomotrice.* — M. Erb (de Leipsig) a trouvé des traces évidentes d'infection dans 88 pour 100 de ses cas, mais il n'y en avait que 29 pour 100 dans lesquels on eût constaté les accidents secondaires ; néanmoins il pense que la syphilis est une des causes les plus puissantes de l'ataxie. Il s'appuie en outre sur les statistiques antérieures de Gowers et de Fournier, qui ont adopté la même opinion.

M. Althaus dit qu'il a trouvé des antécédents syphilitiques primaires dans 90 pour 100 de ses cas d'ataxie.

M. Gairdner fait remarquer qu'il est très difficile d'arriver à obtenir des renseignements certains sur la syphilis antérieure, surtout lorsqu'il n'y a pas eu d'accidents secondaires, et il ne peut accepter l'opinion de MM. Erb et Althaus, sur l'étiologie de l'ataxie si elle n'est basée que sur cette donnée. Il ne peut, en effet, tenir compte d'un fait comme le suivant cité par les précédents orateurs : une petite fille de 9 ans est atteinte d'ataxie; on recherche les

antécédents de la syphilis, et l'on trouve que le grand père maternel de la malade a été infecté!

M. Lancereaux ne partage pas non plus la manière de voir de M. Erb sur l'origine syphilitique du *tabes dorsalis*. La statistique qu'il invoque vient quelquefois, il est vrai, mettre le clinicien sur la voie d'une relation étiologique, mais elle ne peut à elle seule, dans l'espèce, établir cette relation, car si l'ataxie locomotrice est liée à la syphilis, elle doit l'être dans tous les cas et non pas seulement 90 fois pour 100, à moins de montrer, ce que n'a pas fait l'honorable orateur, qu'il y a plusieurs sortes d'ataxie. Un déterminisme de ce genre, pour être précis, doit reposer avant tout sur les caractères anatomiques et symptomatiques, comme aussi sur l'évolution de l'affection en question.

Or, en nous appuyant sur ces caractères, nous arrivons forcément à nier l'existence de toute relation causale entre la syphilis et l'ataxie locomotrice. Effectivement les lésions syphilitiques des organes : foie, poumons, cœur, cerveau, moelle épinière, sont isolées ou disséminées et toujours circonscrites, tandis que la lésion du *tabes dorsalis* est continue, étendue et systématisée. Les premières ont pour point de départ le système lymphatico-sanguin de n'importe quelle région, qui finit par étouffer les éléments nerveux; la seconde, au contraire, commence par les racines nerveuses et s'étend ensuite aux cordons postérieurs qu'elle envahit d'une façon exclusive. Celle-ci s'arrête peu dans son évolution et ne laisse pas de cicatrices à la surface de l'organe affecté, celles-là cessent toujours de s'accroître au bout d'un certain temps et déterminent une perte de substance qui se traduit par une dépression ou par une cicatrice.

En somme, différence complète entre les lésions de la syphilis et celles de l'ataxie locomotrice, différence dans les symptômes, différence dans l'évolution, et, par conséquence, absence de toute relation.

Cependant on peut reconnaître avec le docteur Erb que le *tabes dorsalis* est commun chez les syphilitiques, mais si on tient compte de ce fait que les ataxiques sont la plupart du temps des libertins, et que l'ataxie locomotrice est souvent engendrée par les excès vénériens, il devient facile d'expliquer la grande fréquence du *tabes dorsalis* chez l'homme et surtout chez les syphilitiques.

M. Banks (de Dublin) dit qu'il y a une relation positive évidente entre la syphilis et l'ataxie; M. Zambaco ne pense pas, comme M. Lancereaux, que les manifestations syphilitiques du système nerveux se traduisent toujours par des lésions appréciables.

Cette question étiologique n'est donc pas encore résolue.

MM. Ball et Thibierge ont attiré l'attention sur une complication de l'ataxie, le mal perforant du pied, qui se rattache aux lésions de nutrition de cette maladie, et peut guérir malgré les progrès incessants du *tabes dorsalis*.

*Des localisations dans les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière au point de vue du diagnostic.* — M. Brown-Séquard étudie les questions suivantes :

1° Y a-t-il des parties de l'encéphale et de la moelle épinière qui, étant lésées, donnent lieu à des symptômes qui ne puissent être produits par aucune autre partie de ces centres nerveux? — Bien qu'il n'existe pas de symptôme qui seul possède une valeur pathognomonique absolue concernant le siège de la lésion, il y a cependant des manifestations morbides dont la coexistence établit parfois d'une manière positive que certaines parties sont lésées.

2° Quelle est la valeur diagnostique que possèdent certains symptômes pour indiquer le siège d'une lésion de l'encéphale et de la moelle épinière? M. Brown-Séquard montre à ce propos les relations qui existent entre l'aphasie, les convulsions, les paralysies des membres, l'hémianesthésie, l'hémichorée, etc., avec les lésions des régions des centres nerveux qui leur sont données comme point de départ.

3° Qu'a-t-on gagné, sous le rapport du diagnostic, par les recherches récentes sur les localisations de lésions dans les centres cérébro-spinaux? On a fait à ce sujet, dans ces derniers temps, des progrès considérables, moindres cependant qu'on ne le croit généralement.

M. Gull fait remarquer que si l'on admettait, avec M. Brown-Séquard, qu'une lésion des centres nerveux puisse produire des effets à distance par influence dynamique, indépendante de la circulation, on ne pourrait expliquer bien des faits fournis par la clinique.

M. Charcot dit qu'on ne peut comparer entièrement les faits cliniques avec les résultats des vivisections; ceux-ci ont une grande importance parce qu'ils peuvent permettre de corriger certaines erreurs.

M. Maclagan insiste sur l'importance de l'hyperpyrexie dans les recherches pathologiques et cliniques, et sur le rôle de la moelle dans sa production.

*Convulsions épileptiformes dans les affections cérébrales.* — M. Hughlings Jackson, dont le nom a été donné à ces convulsions, trace l'historique de la question, décrit les points de

départ des accès, leurs variétés, leur marche, leur mode de début, leur durée, l'état dans lequel ils laissent le malade : paralysie et aphasie post-épileptiformes, perte de connaissance. Il résume ses opinions sur la localisation de la lésion, sa physiologie pathologique et sa pathologie, et indique les moyens employés en pareil cas : bromure de potassium, ligature de la carotide, traitement de la syphilis, trépanation dans certains cas, etc.

MM. Gull, Allen Sturge et Weber insistèrent sur les variétés de l'aphasie consécutive aux convulsions cérébrales, avec cas à l'appui, et M. Baumler dit qu'il préférait, dans ces cas, le terme de dysphasie à celui d'aphasie, parce qu'il a vu des malades qui parlaient bien, mais employaient des mots absolument inconnus.

M. Müller (de Gratz) fit une communication sur l'épilepsie de Jackson et sur la localisation du centre cérébral correspondant au bras, et rapporta un cas de lésion isolée et circonscrite de la convexité. Il pense que l'épilepsie de Jackson diffère essentiellement, aux divers points de vue cliniques, de l'épilepsie proprement dite.

*De la maladie d'Addison.* — M. Greenhow (de Londres) rapporta un cas observé récemment, et donna le résumé des faits pathologiques et cliniques concernant cette remarquable affection. Se basant sur un fait de M. Paget, dans lequel un lymphadénome, ayant englobé le pneumogastrique et le grand sympathique, en laissant intactes les capsules surrénales, avait déterminé la coloration de la peau, il pense que les recherches devront être dorénavant dirigées vers les altérations de la partie abdominale de ces nerfs.

M. Zuelzer (de Berlin) parla des changements de l'urine dans cette affection, et M. Gairdner, de l'association de la leucodermie avec la maladie d'Addison.

M. Gull rappela l'importance de l'asthénie dans cette maladie, le rôle des capsules surrénales qu'il considère comme des organes nerveux, analogues au corps pituitaire, et la bénignité du pronostic dans certains cas.

*Sur la maladie de Bright.* — Il est regrettable que cette question ait été partagée entre les deux sections d'anatomie pathologique et de médecine. Il n'y eut de discussion dans aucune des deux, et on se contenta de lire un certain nombre de travaux sur ce sujet.

M. Rosenstein sépara d'abord les affections non inflammatoires du rein ; puis fit deux catégories du mal de Bright, aigu et chronique, anatomiquement et cliniquement. La forme aiguë, caractérisée par l'émigration des globules blancs du sang et de l'épithelium, et plus tard, par des lésions interstitielles, passe très rarement à la forme chronique. Celle-ci est une inflammation diffuse de tous les éléments du rein, représentée par le gros rein blanc, le rein lisse contracté, le rein blanc granuleux, etc. ; le rein rouge granuleux dépendant de modifications endartériques des vaisseaux rénaux, forme à laquelle est intimement lié le rein sénile contracté. Les observations cliniques ne peuvent reconnaître que l'hypertrophie ou l'atrophie du rein ; elles ne peuvent distinguer entre les formes parenchymateuse et interstitielle.

M. George Johnson communiqua une observation clinique sur la présence des cylindres de globules blancs comme indices de la glomérulo-néphrite, et le docteur Grainger Stewart sur l'état de l'urine dans la maladie de Bright et la valeur clinique de son examen.

M. Semmola (de Naples) développa cette idée, que le mal de Bright peut être causé par l'altération de l'albumine du sang. A l'appui de cette opinion, M. Stokvie, d'Amsterdam, rapporta quelques expériences montrant que l'injection sous-cutanée de l'albumine pouvait produire la glomérulo-néphrite.

M. Mahomed lut un mémoire intitulé : *Mal de Bright chronique, sans albuminurie,* renfermant une analyse de haute pression artérielle produisant les altérations cardio-vasculaires caractéristiques de cette affection, avec reins rouges granuleux, sans albuminurie ; ces cas étaient au nombre de 61, dont 21 furent mortels. Ce travail paraîtra *in extenso* dans le prochain volume des *Guy's Hospital Reports.*

*Du rhumatisme, de la goutte et du rhumatisme goutteux.* — M. Jonathan Hutchinson définit le rhumatisme une tendance aux affections articulaires provoquée par l'exposition au froid, et non par suite d'actions réflexes nerveuses : c'est une arthrite catarrhale ; la goutte est une prédisposition analogue, mais provoquée par un régime particulier, par un défaut d'assimilation et d'excrétion : c'est une arthrite humorale. L'hérédité peut donner lieu à une diathèse goutteuse ou rhumatismale, et la combinaison des deux produit le rhumatisme goutteux.

M. Garrod tire de ses nombreuses observations ces données, que la goutte s'accompagne très souvent d'eczéma et d'affections rénales. Il pense que la goutte et le rhumatisme sont deux états très distincts ; par exemple, la goutte est à peu près inconnue en Écosse, où le rhumatisme est très commun. Il pense aussi que le rhumatisme blennorrhagique a plus d'analogie avec la pyohémie qu'avec le rhumatisme.

M. W. Roberts dit que la plupart des cas de goutte de Manchester viennent de Londres, parce

que le peuple y boit du porter, opinion que défend aussi le docteur Quinlan, de Dublin. M. Maclagan soutient que le rhumatisme a une origine miasmatique.

M. Grant dit que la goutte est très rare au Canada, tandis que le rhumatisme y est très commun, et le docteur Stokïn, d'Amsterdam, émet le même fait pour cette ville.

*Étude analytique de la percussion et de l'auscultation.* — M. Austin Flint lit un mémoire ayant pour but la simplification de la terminologie des signes physiques pulmonaires, en basant la description de ces signes sur le caractère des sens eux-mêmes et indépendamment du mécanisme de leur production.

M. Douglas Powell discute la valeur du signe de Baccelli, la *pectoriloquie aphone*, dans le diagnostic différentiel des épanchements liquides de la plèvre. Il pense que ce signe n'est pas pathognomonique, mais qu'il n'a de valeur réelle que lorsqu'il est accompagné d'autres signes, opinion partagée par les professeurs Ewald (de Berlin) et d'Espine (de Genève).

M. Gull dit que le signe de Baccelli n'offrait rien de nouveau, car Addison en a parlé en 1846, et lui-même en a donné autrefois l'explication.

M. Mahomed pense que le Congrès devrait se mettre à l'œuvre pour rédiger un code des termes de l'auscultation, opinion partagée par M. A. Flint.

M. Gull propose de nommer à cet effet une commission, dont les membres furent MM. Ewald, d'Espine, Douglas Powell, Austin Flint et Mahomed, pour faire un rapport au prochain Congrès sur la question.

M. William lit un mémoire *Sur le traitement de la phthisie dans les lieux élevés*, en insistant surtout sur ce fait que la poitrine se développe mieux dans ces endroits, ce qu'il attribue à une diminution de la pression barométrique.

M. Norman Chevers pense que les climats chauds ont une influence fâcheuse sur la phthisie.

M. H. Weber dit que dans les hautes altitudes c'est la pureté de l'air qui agit, et que l'expansion de la poitrine n'a rien à voir. C'est ainsi qu'agissent Davos, Alger, Madère et autres climats aseptiques.

M. Wilson Fox dit que la phthisie est due à l'air impur, la mauvaise alimentation, l'hérédité, et peut-être aussi des causes septiques. Presque toutes les hautes altitudes peuvent amener la guérison, même dans les climats chauds.

Le docteur Allan Herbert invite les médecins à établir les indications pour envoyer les malades à Davos, et aussi les contre-indications, en particulier les affections cardio-vasculaires.

Dans le *traitement des ganglions scrofuleux du cou*, M. Clifford Allbutt conseille d'enlever de bonne heure les ganglions hypertrophiés, pour prévenir ainsi les effets fâcheux de leur suppuration ou de leur caséification et la prédisposition à l'infection générale qui peut en résulter.

M. Jules Guérin résume ses opinions sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, énoncées déjà à l'Académie de médecine de Paris, pour démontrer que cette affection a pour origine une intoxication fécale. Mais, comme le fit remarquer M. Gull, il ne fit pas une distinction suffisante entre les effets septicémiques et les conditions du processus fébrile lui-même.

M. W. Roberts attira l'attention sur la présence des bactéries dans la vessie (bactérurie) comme donnant lieu à la fermentation de l'urine et à une irritation vésicale, condition qu'on peut arrêter en quelques jours par l'administration de 2 grammes de salicylate de soude répétée trois fois par jour.

D'autres mémoires furent encore lus par le professeur Eulenburg (de Greifswald) sur la représentation graphique du réflexe tendineux; par le professeur d'Espine (de Genève) sur la cardiographie clinique, mémoire très-important qui se prête difficilement à l'analyse, parce qu'il n'est lui-même qu'un exposé de faits techniques; par le docteur Redard (de Paris) sur la thermométrie locale; par le professeur Lépine (de Lyon) sur les sécrétions biliaires dans certains états morbides du foie. M. Zuelzer (de Berlin), sur les acides phosphoriques de l'urine. Brunelli (de Rome), sur le tabes dorsal spasmodique causé par le pain de farine de Lathyrus Cicero. Docteur Müller (de Gratz), sur la pathologie des tumeurs de la base du cerveau. Docteur Alex. Robertson (de Glascow), sur la percussion du crâne dans le diagnostic des affections cérébrales. Docteur Woakes (de Londres), le ganglion cervical inférieur considéré comme un centre nerveux de corrélation, exemples dans lesquels il détermine la localisation de phénomènes morbides; existence évidente dans l'économie de système de corrélation des tissus. Docteur Gibert (du Havre), rétrécissement congénital de l'intestin. Docteur Hassal (de Londres) du climat de la Riveira.

L.-H. PETIT.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Curabilité de la phthisie pulmonaire,* par M. CASTON. — C'est là une question à l'ordre du jour, à laquelle le professeur Caston vient apporter aussi l'appui de sa grande autorité. Dans le présent mémoire, il cite des faits dans lesquels la cessation complète et durable des accidents a été obtenue. Cet heureux résultat n'est pas toujours atteint; on arrive difficilement à une guérison absolue, mais on obtient plus aisément une amélioration même considérable portant tantôt sur les lésions locales, tantôt sur l'état général. Dans le premier cas, la lésion s'arrête dans sa marche et peut même rétrocéder; dans le second, les lésions persistent, continuent à progresser, et cependant, grâce à un traitement bien dirigé, le malade reprend de l'embonpoint, les forces reviennent, tous les phénomènes pénibles s'atténuent ou disparaissent; la tolérance est acquise. Ce sont les phthisies dans la pathogénie desquelles la scrofule ou l'herpétisme jouent un rôle prédominant pour lesquelles la thérapeutique se montre le plus efficace; surtout si l'on ne constate aucune hérédité tuberculeuse et que la maladie suive une marche chronique.

Dans le cas de scrofule, il faut insister sur l'huile de foie de morue donnée aux doses massives de 100 à 200 grammes par jour, et non aux quantités dérisoires de 20 ou 30 grammes. L'estomac s'en accommode très bien.

Chez les phthisiques herpétiques, il faut respecter et même, au besoin, rappeler les mouvements fluxionnaires de la peau. Les révulsifs, les dérivatifs seront ici d'autant plus indiqués que c'est d'ordinaire vers la peau que l'herpétisme aime à se localiser. (*Montpellier médical;* mai 1881.) — P. B.

*Lithotritie rapide,* par le professeur GUYON. — On peut actuellement pratiquer la lithotritie selon deux méthodes : la méthode ancienne, dans laquelle on agit par séances courtes et répétées, et la méthode rapide qui exige une habitude considérable des opérations sur la vessie. Dans cette dernière méthode, on se propose de terminer l'opération dans une seule séance, deux au plus, mais dont la durée peut être prolongée jusqu'à une demi-heure, et même davantage. Le malade est soumis au chloroforme.

M. Guyon conseille de se servir d'un instrument de force moyenne, le lithotriteur n° 2, par exemple. Le broiement doit être continué jusqu'à ce que tous les fragments soient réduits en une fine poussière dont l'évacuation doit être faite immédiatement par le lavage. Celui-ci peut être pratiqué soit à l'aide d'un aspirateur spécial (Bigelow), soit par les moyens ordinaires avec la seringue et la sonde métallique à larges yeux; le malade reste couché. L'aspiration sera préférée, quand la vessie ne se contracte pas assez pour expulser tout son contenu. La condition essentielle du succès est un broiement complet des fragments.

La lithotritie rapide est une bonne opération qui mérite d'entrer dans la pratique; mais on doit bien se garder d'abandonner la méthode ancienne à petites séances. Une méthode mixte résultant de leur fusion donnerait de fort mauvais résultats et doit être proscrite. (*Journ. de méd. et chir. prat.*; juillet 1881.) — P. B.

*Traitement de la pelade,* par M. VIDAL. — La nature parasitaire de l'affection est encore discutée ; peut-être s'agit-il de troubles trophiques. Ce sont les excitants qui donnent les meilleurs résultats pour favoriser la repousse des cheveux. On peut employer la formule de Neumann :

| | |
|---|---|
| Huile de macis (muscade), essence de térébenthine, *ââ*. . . . . . . . . . . . . . | parties égales. |

en frictions, matin et soir.

M. Vidal préfère les vésicatoires volants répétés, appliqués sur les plaques de pelade, dont on a rasé le pourtour. On peut obtenir ainsi la guérison en trois mois. En même temps, comme moyen préventif, on fera chaque jour des lotions du cuir chevelu avec un verre d'eau de feuilles de noyer additionné d'une cuillerée à café de rhum et d'une d'ammoniaque liquide. On doit encore exciter fréquemment le cuir chevelu par des frictions avec une brosse rude pendant la période de convalescence :

| | |
|---|---|
| Teinture de cantharides . . . . . . . . . | 20 grammes. |
| Teinture de romarin. . . . . . . . . . . | 5 — |

en frictions, matin et soir.

Dans la pelade décalvante, des vésicatoires seront appliqués tous les deux jours. (*Journal de méd. et chir. prat.*; juillet 1881.)

## VARIÉTÉS

Au moment où s'ouvre l'Exposition d'Électricité, il ne sera pas sans intérêt de mettre sous les yeux de nos lecteurs les lignes suivantes, de M. le docteur Morand, sur l'*Emploi de l'électricité dans la thérapeutique des anciens* :

L'emploi thérapeutique de l'électricité est bien plus ancien qu'on ne serait tenté de le croire ; il remonte jusqu'à l'antiquité, bien qu'il semble supposer des connaissances que les anciens n'avaient certainement pas. Les Grecs, les Étrusques, et après eux les Romains, avaient étudié, avec une attention excitée par des idées superstitieuses plus que par l'esprit scientifique, les phénomènes de l'électricité atmosphérique, et ils en avaient constaté les effets tant mécaniques et physiques que physiologiques. Ils avaient observé aussi, avec un étonnement craintif, d'une part les aigrettes électriques qui se montrent parfois sur les pointes, soit sur mer, soit sur terre, d'autre part la lumière et l'étincelle électriques qui se produisent quelquefois spontanément sur l'homme et sur les animaux. Ils connaissaient aussi la puissance attractive exercée sur les corps légers, soit par le succin frotté, soit par certaines tourmalines chauffées entre les doigts. Mais dans leurs théories sur ces phénomènes divers, les philosophes anciens n'avaient nullement découvert le lien qui les unit, et qui, depuis un siècle, a motivé le nom d'*Électricité*, nom tout moderne, quoique dérivé du mot grec *électron, succin*. Les courants électriques et leur action sur l'économie animale leur étaient inconnus ; à plus forte raison ignoraient-ils les moyens et les instruments qui maintenant servent à produire à volonté l'électricité tant statique que dynamique, et les phénomènes électro-magnétiques. Mais la nature leur offrait une machine électrique toute faite, la torpille, raie électrique (*Raia Torpedo*) dont le nom grec *narké* et le nom latin *torpedo* exprimaient l'engourdissement dont ce poisson se sert pour paralyser ses ennemis; et les médecins grecs et romains avaient utilisé cet appareil électrique vivant.

Nous ignorons jusqu'à quelle époque remontent les médecins, qui, dans leurs ouvrages, avaient mentionné les premiers ce procédé curatif, et dont parle Galien. Ce célèbre médecin grec du second siècle de notre ère s'exprime nettement sur ce sujet dans son traité des *Médicaments simples*, où on lit ce qui suit :

« Quelques auteurs ont écrit que la torpille appliquée sur la tête guérit la céphalalgie..., « etc. Ayant donc imaginé de mettre la torpille *encore vivante* en contact avec la tête d'une per- « sonne atteinte de céphalalgie, parce que je pensais que cet animal pouvait être un remède « *calmant*, comme tous ceux qui *engourdissent* la sensation, j'ai vu qu'il en était ainsi. »

Ces faits sont également certifiés par les médecins grecs de l'époque byzantine, Aétius et Paul d'Égine. Mais déjà, sous l'empereur Claude, le médecin romain Scribonius Largus écrivait au temps de Jésus-Christ les lignes suivantes :

« Contre l'une et l'autre espèce de goutte aux pieds, il faut, pendant les accès de douleur, « mettre sous les pieds du malade, sur un rivage non pas sec, mais *baigné par la mer*, une « torpille noire *vivante*, jusqu'à ce qu'une torpeur se fasse sentir dans tout le pied et dans « tout le tibia, jusqu'au genou. Cela enlève la douleur pour le présent et remédie au mal pour « l'avenir. »

Ainsi, Scribonius Largus, un siècle avant Galien, savait que la torpille devait être employée *vivante*, et que la *présence de l'eau* était utile, mais il ne savait pas que ce fût en qualité de corps bon conducteur de l'électricité. En un mot, les anciens ont employé comme agent thérapeutique l'électricité, mais sans s'en douter.

Ces détails à peu près inconnus ont été consignés par M. le docteur Morand, en 1876, dans le journal l'*Électricité*, qui n'a eu que quelques numéros. Ce journal avait été fondé en vue d'une Exposition semblable à celle d'aujourd'hui, laquelle devait avoir lieu en 1877, et a échoué à l'annonce de l'Exposition universelle de 1878.

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE L'ASTHME CARDIAQUE. — DUJARDIN-BEAUMETZ.

La dyspnée intermittente, véritable asthme cardiaque, qui accompagne si fréquemment les affections aortiques, réclame l'emploi du bromure de potassium. Par son action sur le bulbe, ce sel se montre efficace contre les symptômes dyspnéiques et angineux. On peut lui associer

de petites doses de chlorhydrate ou de bromhydrate de ciculine purs et cristallisés. — L'iodure de potassium est aussi appelé à rendre des services, dans l'asthme des affections aortiques, à la dose progressive de 1 à 4 grammes. Lorsque les accès sont atténués, le malade n'en prend plus que 1 gr. 50 par jour. — Un autre remède consiste dans les inhalations d'iodure d'éthyle, recommandées par le professeur G. Sée. Le malade en respire 5 à 10 gouttes, 5 à 8 fois par jour. — Enfin les injections sous-cutanées de morphine peuvent être employées avec avantage.

N. G.

## COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, et récompensant des faits de guerre accomplis à Sfax et à Gabès, la promotion suivante dans l'ordre de la Légion d'honneur vient d'avoir lieu :

*Au grade d'officier :* M. Gillet, médecin principal du *Trident*. A dirigé l'ambulance du corps de débarquement, tant à Sfax qu'à Gabès, avec le plus grand dévouement.

Légitime hommage. — Le Président de la République française, d'après les vœux émis par le Conseil général du département d'Alger et l'avis du ministre de la guerre, a rendu, à la date du 28 juillet 1881, les deux décrets suivants :

1° Le village de Souk-el-Tiéta, sur le territoire de la tribu de Mechdallah (commune mixte de Beni-Mansour, département d'Alger), portera à l'avenir le nom de *Maillot*, pour perpétuer le souvenir des services rendus à la colonisation par le docteur Maillot, ancien médecin-inspecteur des armées.

2° Le village de Ben-N'Aria, nouvellement créé dans le douar des Heumis (commune mixte de Ténès, département d'Alger), portera à l'avenir le nom de *Flatters*, pour perpétuer le souvenir du lieutenant-colonel Flatters, mort victime de son dévouement en remplissant une mission scientifique dans le Sahara.

Asile Sainte-Anne. — La chaire clinique de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris qui ne possédait jusqu'à présent à l'asile Sainte-Anne que des malades du sexe masculin, va être complétée, dans l'intérêt de l'enseignement pratique de ces affections, par un service de femmes. La décision en a été prise, par le Conseil général, dans sa dernière session, sur la demande du doyen de la Faculté approuvée et transmise par le ministre de l'instruction publique au ministre de l'intérieur.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Richard, pharmacien de première classe de la marine; il vient de succomber à la fièvre jaune qui décime en ce moment notre colonie du Sénégal. En raison des ravages exercés par le terrible fléau, trois médecins de la marine viennent d'être envoyés au Sénégal, par ordre du ministre, en plus du cadre réglementaire.

— La revue ethnographique, commencée au Jardin zoologique d'acclimatation d'une manière si intéressante par les Nubiens, les Esquimaux du Groënland, les Lapons, les Gauchos, va se continuer par une exhibition des plus curieuses.

Il vient d'arriver au bois de Boulogne onze représentants, quatre hommes, quatre femmes et trois enfants, d'une peuplade de la Terre de Feu. Ils proviennent de l'île de l'Hermite, la plus voisine du cap Horn.

On sait que, dans ces régions, l'homme est resté absolument dans l'état primitif de sauvage, sans autre costume que celui d'Adam et d'Ève, sans autre habitation que des branchages assemblés, vivant uniquement du maigre produit de la chasse à l'arc.

Parfois les Fuégiens, dans les hivers rigoureux, sont exposés à des famines terribles, et ils se trouvent dans l'épouvantable nécessité de se nourrir de chair humaine.

—



*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 30 août 1881. — Nous avons peu de chose à dire de la séance. Elle s'est composée de trois lectures ; la première est du docteur Galippe, qui défend le cuivre contre M. Delthil, et n'est pas satisfait des révélations de ce dernier sur la pâtisserie moderne. La seconde est de M. Bernard, honorable confrère qui nous pardonnera de n'avoir pu le suivre avec une attention soutenue. Nous avons distingué qu'il s'agissait du traitement de beaucoup de maladies, en particulier des affections cutanées, par « l'iode à l'état naissant. » Nous avons vu l'orateur relever sa manche, humecter son avant-bras du contenu d'une fiole n° 1, étaler au même endroit celui d'une fiole n° 2, et produire par cette superposition la couleur de la teinture d'iode. Ce procédé, paraît-il, est supérieur à tout autre. Nous n'avons garde d'y contredire, n'ayant aucune expérience à cet égard. Il faut avouer cependant que notre confiance a été légèrement ébranlée par quelques mots saisis au passage, et dont le véritable sens a pu nous échapper. Il nous a semblé que M. Bernard pensait rendre service à un varioleux en lui recommandant de piquer lui-même ses pustules, parce que, dans cet acte, il se fait « une transformation de la chaleur fébrile en dynamisme, en intelligence et en sentiment ». Avons-nous mal compris? Notre scepticisme, qui repose sur une connaissance très incomplète du travail de notre confrère, n'a rien encore de scientifique, et ne demande qu'à céder devant l'évidence des faits.

La troisième lecture est celle de M. Du Castel, médecin des hôpitaux, sur le *traitement de la variole par la médication éthérée opiacée.* Ce travail, très bien lu et très écouté, semble démontrer que les injections d'éther et l'opium à hautes doses ont réussi, dans un assez grand nombre de cas, à *faire du bien* aux varioleux. L'auteur s'est exprimé avec une sage réserve sur le résultat de ses essais thérapeutiques; il a conseillé seulement de chercher dans cette voie un moyen d'atténuer la gravité de l'empoisonnement varioleux. Nous l'en félicitons, car il est permis de se demander dans quelle mesure un *traitement* proprement dit pourra jamais réussir contre un si terrible fléau, et s'il est dans la nature des choses que nous arrivions à le *guérir*, lui et tant d'autres. Depuis quelques années, la chirurgie est entrée de plain-pied dans la voie du progrès avec la doctrine de l'intoxication et la méthode antiseptique; mais la médecine hésite encore, ne sachant où se diriger. Il semble néanmoins que le but à poursuivre soit déjà désigné : peut-être la recherche des *vaccins* va-t-elle transformer la thérapeutique et pousser en avant d'un grand pas cet art où la physiologie expérimentale a encore jeté si peu de lumière. Mais il faut reconnaître que nous sommes loin du terme de nos efforts, et qu'on ne peut sans sourire entendre M. Pasteur prédire à courte échéance la découverte du microbe cancéreux et de son préservatif. En attendant, n'est-il pas sage de traiter les maladies avec bonne foi et courage? Empêcher de mourir n'est pas synonyme de guérir, mais c'est déjà un résultat fort apprécié des malades. Aussi devons-nous encourager toutes les tentatives sérieuses, fussent-elles dirigées contre des maux que nul jusqu'ici n'a prétendu vaincre. C'est à ce point de vue que le travail de M. Du Castel, où il n'est fait mention ni de microbes ni de virus atténués, se place néanmoins dans les questions à l'ordre du jour, et mérite d'attirer l'attention.

L.-G. R.

# CLINIQUE MÉDICALE

## DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE D'ORIGINE ÉMOTIVE,

Par le docteur ROUSSEAU, directeur-médecin de l'asile d'aliénés d'Auxerre.

La fièvre intermittente essentielle dérive invariablement de l'intoxication paludéenne. Il existe cependant certains états fébriles qui lui empruntent la plupart de

ses apparences objectives, mais qui ne constituent au fond que l'expression symptomatique d'un processus pathologique tout différent. Ils apparaissent quelquefois dans la première période des fièvres continues et des phlegmasies viscérales; dans la tuberculose, l'hecticité; dans certaines névroses, telles que l'hystérie, le tétanos, en dehors des formes larvées ou pernicieuses de l'impaludisme; enfin, ils peuvent se produire à la suite des opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre.

Il y aurait peut-être lieu de faire figurer dans cette nomenclature la fièvre intermittente de nature purement nerveuse et qu'on voit succéder à une commotion émotive.

Cette affection se présente très rarement et n'a fait, que nous sachions, l'objet d'aucune étude spéciale.

En 1864, nous en avons observé un cas à l'asile d'aliénés de Dijon, dans le service du docteur Renaudin, et ce dernier nous disait, à cette occasion, qu'il avait déjà rencontré plusieurs exemples semblables.

Voici le résumé bien incomplet de cette observation que nous retrouvons dans un mémoire que nous avons publié sur la folie intermittente.

M. R..., employé des chemins de fer, fut atteint de manie consécutive à une vive frayeur éprouvée à l'occasion d'un accident dont son inexpérience avait été en grande partie la cause. Mais les choses ne se passèrent pas simplement. Cette émotion détermina d'abord une perturbation profonde du système nerveux, et occasionna une véritable fièvre intermittente qui, devenant larvée à un moment donné, fut remplacée par un délire général. Après une marche continue, la manie éprouva tous les deux jours des intermittences pendant lesquelles apparaissait une période de chaleur suivie d'une période de sueur. Le quinquina, administré à haute dose, supprima d'abord l'élément fébrile, et dès lors le délire, dégagé du substratum qui l'entretenait et réduit à sa plus simple expression comme entité pathologique, perdit progressivement de son intensité et finit par disparaître complétement.

La singularité de cette cause pathogénique nous conduisit à faire quelques recherches bibliographiques; mais elles n'ont pas été très heureuses, puisque nous n'avons pu recueillir qu'une seule observation, qui nous est fournie par le docteur Macario. Il dit, en effet, dans son Mémoire sur les paralysies dynamiques ou nerveuses, à la page 47 :

Je me souviens d'une femme qui a été atteinte d'une fièvre quarte sous l'influence d'une vive émotion. Cette fièvre ayant résisté à tous les fébrifuges, disparut sous l'influence d'une émotion pareille à celle qui l'avait produite.

En 1880, une de nos aliénées, à l'asile d'Auxerre, a présenté des manifestations fébriles analogues, et leur point de départ a été si surprenant qu'il a éveillé immédiatement notre attention et nous a permis de reconnaître leur nature et de les rattacher à la série pathologique dont nous poursuivons l'étude. Cette observation mérite d'être rapportée avec quelques détails.

M^me^ B... est entrée dans l'établissement pour un état maniaque dont elle a déjà subi une première atteinte. Elle est âgée de 45 ans, sa santé physique est florissante, et elle a toujours habité une localité où les fièvres intermittentes sont complètement inconnues. Elle est naturellement très impressionnable et très irritable. Le 11 juillet 1880, à onze heures et demie du matin, elle venait de terminer son déjeuner, lorsqu'elle rencontre la surveillante en chef de sa division. Après avoir causé quelques instants très tranquillement, elle commence à tenir des propos pleins d'aigreur; puis elle s'excite progressivement et finit par s'abandonner à la plus violente colère qu'on puisse imaginer. On la reconduit dans son quartier; mais à peine le calme commençait-il à reparaître qu'elle est prise à midi d'un accès en tout semblable à celui qui caractérise la fièvre intermittente. Il a débuté par un frisson qui, parti des pieds, s'est rapidement généralisé et a duré jusqu'à cinq heures. Il s'est alors manifesté de la céphalalgie avec un peu de chaleur, et, en dernier lieu, une sueur abondante qui n'a cessé qu'à deux heures du matin. La tête est restée douloureuse pendant quelque temps encore.

12 juillet. Nouvel accès à 8 heures du matin, qui s'est prolongé jusqu'à 3 heures.

Le soir, second accès de 4 à 11 heures. Les symptômes sont les mêmes; toutefois, la période de chaleur, à peine ébauchée jusqu'à présent, se supprime d'une façon complète.

Depuis l'apparition des accidents, le sulfate de quinine a été administré pendant l'apyrexie et la dose n'a pas dépassé 1 gramme. Il a continué à faire la base de la médication.

13 juillet. A 8 heures et demie du matin, nouvel accès. Il a duré jusqu'à une heure et demie, et a été très restreint au point de vue du stade de sueur.

Du 14 au 19, Mme B... jouit d'une tranquillité parfaite, et son état mental lui-même semble s'améliorer.

20 juillet. Un accès se déclare à midi et demi : céphalalgie, gastralgie, frisson jusqu'à 7 heures; sueur légère qui n'a duré qu'une demi-heure.

A 9 heures, deuxième accès qui s'est terminé à 5 heures du matin. Il a été très irrégulier ; le frisson et la sueur ont alterné à plusieurs reprises.

Du 23 juillet au 26 août, Mme B... a éprouvé encore quatre accès.

Deux d'entre eux se sont produits isolément, tandis que les deux autres ont eu lieu dans la même journée. Dans tous les cas, leur intensité avait considérablement diminué.

Depuis cette époque, les manifestations fébriles se suppriment, mais les gastralgies persistent et la font beaucoup souffrir.

A partir du milieu du mois de septembre, la santé physique et morale s'améliore rapidement, et Mme B... sort de l'établissement, le 31 octobre 1880, dans un état de parfaite guérison.

Bien que les faits que nous venons de relater soient encore peu nombreux, il semble qu'on soit autorisé à ranger, parmi les accidents de l'émotion, une nouvelle variété de fièvre intermittente symptomatique qui diffère de la fièvre essentielle par sa cause, mais qui s'en rapproche tellement par ses autres caractères qu'il doit être souvent possible de la méconnaître. La troisième observation nous paraît surtout assez probante pour dissiper les doutes, car c'est à peine s'il a existé quelque intervalle entre la cause et l'effet. On sait qu'une émotion violente peut retentir sur tous les appareils, et produire les effets les plus variables au point de vue de la forme, de la durée et de l'intensité. Dans les circonstances actuelles, la fièvre intermittente serait de nature purement névrosique, et proviendrait peut-être de l'irritation morbide du plexus splénique, qui paraît susceptible de produire des phénomènes de ce genre.

Quelle que soit la valeur de cette théorie, nous croyons que le sujet est assez intéressant pour fixer l'attention des médecins et devenir le point de départ de recherches nouvelles.

---

## Congrès médical international

### Section de chirurgie.

Huit grandes questions, relatives à des sujets à l'ordre du jour dans tous les pays civilisés, ont été traitées dans cette section. Si toutes n'ont pas été complètement élucidées, il faut reconnaître néanmoins qu'elles ont été l'objet de travaux remarquables.

*Du traitement des anévrysmes externes par le bandage élastique.* — M. Walter Reid, qui a employé le premier ce mode de traitement, rapporta l'histoire de son malade, et s'efforça de démontrer que les anévrysmes sacciformes sont les seuls qui puissent être guéris par ce moyen, qui amène la guérison en déterminant la coagulation de toute la masse du sang dans le sac.

M. Pearce Gould émit des idées à peu près analogues. Il fit passer dans la salle un tableau de 62 cas d'anévrysmes recueillis dans la littérature médicale, et dans lesquels on avait mis en usage la compression élastique. Il conclut de ces cas que l'élément le plus important dans la guérison est l'organisation du caillot dans l'artère elle-même, et que l'insuccès peut résulter soit de ce que le sang n'est pas entièrement coagulé, soit de la dissolution du caillot déjà formé. Il signala le danger provenant de la distension des autres artères par la masse du sang refoulée du membre comprimé, ou de la surcharge du cœur préalablement altéré. Il pense qu'il faut d'abord instituer un traitement préparatoire pour augmenter la plasticité du sang.

M. Bryant rapporte trois cas d'insuccès et M. Pemberton un cas suivi de sphacèle, mais plutôt parce qu'il y avait thrombose de la veine au niveau du sac que par suite de la compression élastique.

*Sur les progrès récents du traitement chirurgical des tumeurs intra-péritonéales.* —

M. SPENCER WELLS insiste dans son discours sur les points suivants : nécessité de réunir les bords, ou mieux les surfaces du péritoine, pour obtenir la réunion immédiate ; la grande valeur de la forcipressure pour l'hémostase, et l'inutilité du drainage depuis l'emploi des anti-septiques; cependant, il y a certains cas dans lesquels il aurait pu être utile.

M. Marion SIMS défend énergiquement le drainage, tout en admettant qu'il détermine souvent la hernie ventrale. MM. Keith, Thornton et Martin ne le recommandent que dans les opérations graves et dans les cas de kyste à contenu putride.

Dans cette discussion, la méthode antiseptique eut de chauds partisans; mais le docteur KEITH a abandonné le spray depuis que, après une série de 80 cas heureux, il eut dans les 25 cas suivants deux morts d'intoxication phéniquée, une de septicémie et deux de néphrite aiguë. Dans 27 ovariotomies faites sans les précautions antiseptiques, il eut 2 morts.

A propos de l'hystérectomie, plusieurs orateurs, M. DE ZWAAN (de la Haye) entre autres, dirent que l'opération était plus sûre et moins sanglante lorsque la tumeur était soulevée hors de la plaie et enveloppée d'une bande élastique, qu'il fallait pratiquer la suture des deux cavités utérine et péritonéale, lorsqu'on les ouvre toutes deux.

M. THORNTON insista sur la difficulté grande de rendre aseptique la cavité utérine, et sur l'utilité de l'emploi de la ligature élastique pour le pédicule.

M. CZERNY rapporta un cas heureux de résection du pylore pour cancer. M. Pye SMITH, un cas de gastro-stomie chez une femme de 66 ans, pour rétrécissement de l'œsophage causé par l'ingestion d'ammoniaque, et suivie d'une survie de 18 mois.

M. Lawsen TAIT démontra que le champ de la chirurgie abdominale s'était fort étendu depuis quelques années, et qu'il avait appliqué la gastrotomie avec succès aux kystes du foie et du rein, aux abcès de la rate, du bassin, etc. Mais il trouve les procédés de Lister peu pratiques; pour lui, les malades guérissent parfaitement sans eux, et l'acide phénique retarde la guérison plutôt qu'il ne la favorise.

*De l'intervention chirurgicale dans les affections rénales.* — Après un discours d'introduction de M. Czerny, de Heidelberg, sur l'état de la question, MM. Baker, Barker, Barwell, Cl. Lucas, Martin, Langenbeck, etc., prirent la parole et rapportèrent des cas de néphrotomie, de néphro-lithotomie ou de néphrectomie. Martin, entre autres, a enlevé sept fois le rein flottant, et une tumeur maligne de cet organe, avec cinq guérisons en tout. Pour aider au diagnostic des affections rénales, M. Baker émit l'opinion qu'on devrait mettre le rein à découvert dans le cas de lithiase rénale et explorer l'organe avec une aiguille, opinion que M. Erichsen approuva.

La difficulté de reconnaître si la pyélite ou la pyélo-néphrite est unilatérale ou bilatérale est un argument sérieux contre l'exécution d'une opération aussi grave que la néphrectomie sans être sûr d'enlever tout le mal, et, jusqu'à ce que le diagnostic soit plus avancé, il sera bon de limiter l'application de ce mode de traitement. Les cas rapportés montrent que les trois opérations sus-mentionnées sont praticables et, si on s'en rapporte aux résultats annoncés, prouvent que la néphrectomie n'est pas plus dangereuse pour la vie que la néphro-lithotomie et la néphrotomie. Il existe trois méthodes d'ablation du rein : la lombaire, l'intra-péritonéale et l'extra-péritonéale abdominale. Il semblerait que la première soit à la fois la plus difficile et la plus sûre; mais M. Martin a constaté qu'en enlevant le rein par la partie antérieure du ventre, l'affrontement des lambeaux péritonéaux est si complet qu'il n'y a même pas besoin de les suturer.

On ne donna aucun détail précis ni circonstancié sur les effets physiologiques de l'ablation du rein.

*Sur les progrès récents dans les méthodes d'extraire la pierre de la vessie chez l'homme.* — Trois discours importants ont été prononcés sur la lithotritie rapide en une seule séance, par MM. THOMPSON, BIGELOW et HARRISON. Tous les orateurs ont reconnu que M. Bigelow avait non-seulement introduit un nouveau principe dans l'opération en insistant sur l'axiome que la vessie tolère mieux les instruments que les fragments aigus des calculs, mais encore que sa pratique était aussi un progrès. Sur 91 cas opérés d'après cette méthode par M. Thompson, il y eut 88 succès.

Bigelow insiste sur la valeur des instruments volumineux, même pour les calculs petits ou moyens, et soutient que la lithotritie en une séance est applicable à tous les cas où la lithotritie est indiquée. M. Thompson soutient avec non moins d'insistance que les instruments doivent être proportionnés au volume et à la dureté de la pierre, et qu'ils ne doivent jamais tre plus volumineux qu'il n'est besoin ; M. Berkeley Hill pense, de son côté, qu'il y a beaucoup de cas dans lesquels l'ancienne opération est meilleure, car, chez les sujets d'âge moyen,

on court risque de blesser les parties profondes de l'urèthre, ce qui n'est pas sans importance. M. Teevan dit n'avoir jamais observé de cystite chronique après l'opération de Bigelow.

Malgré les résultats annoncés par les précédents orateurs, et confirmés par M. Coulson, d'autres, comme MM. Teale et Buchanan, pensent qu'il faut être très exercé pour pouvoir agir comme Bigelow; que le lithotribe ne peut pas être employé avec plus de sûreté qu'autrefois pour une pierre volumineuse, et qu'on ne sait pas davantage s'il est préférable à la taille.

A propos de cette dernière opération, M. Th. Anger présente les instruments à l'aide desquels il peut pratiquer la taille périnéale et hypogastrique au moyen du thermo-cautère. Il pense que la taille périnéale doit être préférée toutes les fois que la prostate n'est pas hypertrophiée; mais qu'on doit préférer la taille hypogastrique quand la prostate, hypertrophiée et indurée, est immobilisée et enclavée dans la loge ostéo-fibreuse du petit bassin. Le thermo-cautère employé dans ces opérations évite non-seulement la perte du sang, mais encore l'infiltration d'urine.

M. Teale fit quelques remarques sur l'amélioration des résultats de la taille, dans ces dernières années, due à la neutralisation des affections septiques, et la prudence que l'on doit apporter dans l'extraction de la pierre, point qu'il faudrait toujours avoir présent à l'esprit, car, dans ce cas, l'opération rapide est non-seulement contre-indiquée, mais encore nuisible. Le docteur Buchanan défendit l'emploi du cathéter rectangulaire, qui rend l'opération plus facile et plus sûre; mais M. Spence fit remarquer que, dans les cas où la prostate est très grosse, sa pointe ne peut atteindre la vessie, ce qui n'est pas sans inconvénient. Dans ces cas, M. Thompson recommande le broiement de la pierre après incision de la portion membraneuse de l'urèthre au périnée.

Comme addition à cette séance, nous citerons le mémoire de M. Vincent (de Lyon) *Sur la laparotomie et la cystorraphie dans les plaies perforantes de la vessie*, travail basé sur des recherches historiques et expérimentales très intéressantes; un autre de M. Adolf Fischer (de Buda-Pesth), *Sur les excisions partielles de la vessie,* défendant les mêmes idées théoriques et pratiques que M. Vincent, et un autre de M. Mazzoni (de Rome), *Sur les calculs du périnée.*

*Des rapports entre l'adénome, le sarcome et le carcinome du sein chez la femme; leur diagnostic et leur traitement chirurgical.* — M. Samuel Gross (de Philadelphie) signale dans son discours, outre les différences de structure qui distinguent ces diverses tumeurs, les indications des opérations et les chances de succès suivant les périodes auxquelles on intervient.

M. Semmola (de Naples) rapporte le résultat de son expérience sur le traitement des tumeurs par l'électrolyse (Voir un précédent numéro de l'Union Médicale).

*De la valeur comparative des résections hâtives et des résections tardives dans les diverses affections articulaires.* — M. Ollier s'efforça de démontrer la valeur de la méthode sous-périostée, et soutint avec preuves à l'appui que, lorsqu'on y a recours, le cartilage même peut être régénéré dans la nouvelle jointure; il préfère la résection précoce à la résection tardive. Il passe en revue les résultats qu'il a obtenus de la résection des diverses articulations, examine les cas dans lesquels l'altération des tissus articulaires ou périarticulaires doit faire renoncer à chercher des articulations mobiles, et termine par quelques considérations sur les règles applicables aux résections traumatiques.

M. Kocher (de Berne) donne les résultats de 64 cas de résection du genou, dont 6 morts. Il a récemment essayé d'obtenir une articulation mobile du genou après la résection.

M. Newman rapporte un cas d'arthrite du genou consécutive à une ostéite de la tête du tibia, traitée et guérie par le drainage à travers cet os. Après la guérison, l'enfant se fractura l'extrémité du tibia dans une chute; la fracture fut traitée comme d'habitude et guérit parfaitement.

MM. Bryant, Heath et Marsh recommandèrent vivement de n'employer la résection que dans un nombre limité de cas, et après l'insuccès de tous les autres modes de traitement. D'autre part, tous furent d'accord que, dans ces cas, les résultats de la résection ont été très décourageants; et pour cette raison, et aussi à cause de la diminution de la période de douleur de la maladie, de la relation qui existe souvent entre la lésion locale et une affection générale, d'autres, MM. Treves, Croft, Teale et Burton, recommandent d'avoir recours de bonne heure à l'opération.

Sans doute, les arguments invoqués de chaque côté ont leur valeur, cependant il serait bon que ceux qui opèrent justifient la nécessité de leur pratique. On s'est étonné à bon droit

du grand nombre de résections du genou pratiquées par M. Kocher; ceux qui conseillent l'opération précoce sont quelquefois exposés à se tromper et à opérer hors de propos, et surtout à perdre de vue le but principal du traitement : la guérison de la maladie.

Nous devons mentionner encore la présentation, par M. Sayre, de dessins représentant une reproduction parfaite de la tête et du col du fémur après résection de la hanche avec reformation du cartilage.

*Sur les causes d'insuccès de la réunion immédiate après les opérations, et des meilleurs moyens de l'obtenir.* — M. Savory démontra que la réunion primitive a le plus de chances de survenir lorsque les surfaces cruentées sont rapprochées dans leur état normal et maintenues ainsi sans être dérangées. Il pense que la principale cause d'insuccès est la chirurgie inopportune, et que les principes essentiels du succès sont le repos, la propreté et l'asepsie de la plaie. Le mode de pansement n'y est pour rien.

M. Gamgee montra la ouate antiseptique absorbante dont il se sert. Les principes qu'il défend sont : la sécheresse parfaite de la plaie, qui évite ainsi une des conditions de la putréfaction, le repos et les pansements rares, la compression circulaire, une position convenable et l'emploi des antiseptiques, qui est un adjuvant important. Pour M. Humphrey, ces conditions sont : une plaie à surface nette dans des tissus sains, une coaptation parfaite des bords et des surfaces après hémostase faite avec soin et l'emploi des antiseptiques.

M. Verneuil distingue deux sortes de réunion à la suite des plaies opératoires : celle qui est fondamentale, nécessaire, comme dans les opérations autoplastiques, après les diverses gastrotomies, etc., et celle qui n'est que facultative, ajoutée sans être indispensable à une operation, les ablations de tumeurs, les amputations, etc. Dans les deux cas, elle offre avec une utilité très différente les mêmes chances d'insuccès et les mêmes dangers. Ceux-ci ont pour causes principales l'état de la plaie (bords contus, corps étrangers, etc.), celui du milieu dans lequel se trouve le malade (infecté ou non) et l'état général de celui-ci (diathèses diverses). Avant d'associer à une opération quelconque la réunion immédiate facultative, il faut chercher si le blessé n'est pas atteint de quelque état morbide qui ferait rejeter ou ajourner chez lui une réunion anaplastique. Pour ce dernier cas, il faut attendre si c'est possible, ou s'abstenir, pour ne pas courir au devant d'un insuccès plus ou moins périlleux, et employer un autre procédé de pansement qui, à défaut de promptitude dans le résultat, offrira du moins plus de sécurité et d'innocuité.

M. Esmarch, qui prit ensuite la parole, donna, sans le vouloir certainement, des preuves à l'appui de l'opinion de M. Verneuil. Sur 200 ablations de tumeurs il n'eut que 3 morts : de péricardite chez un vieux syphilitique, d'apoplexie et de dégénérescence graisseuse du cœur. Sur 51 grandes amputations, 2 morts, une de *shock* et d'hémorrhagie, et une de délirium tremens.

Cependant M. Volkmann pense que l'état général du malade n'a rien à faire avec la cicatrisation d'une plaie. Rappelons à ce sujet une phrase du professeur Erichsen, président de la section, dans son discours inaugural : Ne serait-il pas à craindre qu'en s'occupant avec tant de minuties de l'état local, on ne soit exposé à méconnaître le danger qui peut venir de l'état général ?

M. Lister, qui termina la discussion, parla des propriétés de l'acide phénique, des conditions du développement des microbes, de l'utilité du spray, dont il commence à douter un peu, sans cependant vouloir y renoncer encore, et dit n'avoir jamais rien avancé qui puisse le faire accuser d'avoir négligé l'état général du blessé ni son milieu hygiénique. Mais ce n'est pas le moment de parler de ces conditions.

*Influence de la diathèse tuberculeuse, goutteuse ou autre sur la syphilis.* — Ce sujet étant absolument neuf, nous croyons devoir donner un peu plus de détails que précédemment sur le travail qui a servi de point de départ à la discussion, celui de M. Verneuil.

La syphilis étant capable d'atteindre indistinctement tous les sujets sains ou malades et ne mettant à l'abri d'aucune maladie ultérieure, peut coïncider avec tous les états constitutionnels héréditaires ou acquis — scrofule, tuberculose, arthritisme, herpétisme, etc. ; avec toutes les intoxications — alcoolisme, paludisme, septicémie, etc.

Sans doute il y a souvent simple coïncidence, sans réaction d'un état sur l'autre et combinaison; mais le contraire n'est pas rare et l'on reconnaît alors l'influence réciproque des diathèses ou l'apparition de formes mixtes, très variées, fort importantes à reconnaître en pratique et malheureusement étudiées trop peu jusqu'à ce jour.

Certes Hunter a noté l'influence de la scrofule sur la syphilis; Ricord a parlé du scrofulate de vérole et de la fréquence du phagédénisme chez les ivrognes; plusieurs syphiligraphes,

Revillet entre autres, ont signalé les rapports de la vérole et de la dartre, ou admis que la marche des affections syphilitiques dépendait à la fois de la graine et du terrain. Mais ces données sont restées incomplètes et sans lien, de sorte qu'il n'existe aujourd'hui aucun travail d'ensemble sur les *hybrides syphilitiques.*

J'ai vu la vérole associée à la plupart des diathèses et maladies constitutionnelles. Mais j'ai recueilli surtout des observations précises sur l'hybridité scrofulo-syphilitique et syphilo-cancéreuse.

Voici les résultats sommaires de mes observations.

*Hybridité scrofulo-syphilitique.* — En général, la scrofule, état antérieur, agit sur la syphilis, état surajouté. La réciproque est plus rare. Cependant la vérole chez les adolescents et les jeunes adultes rappelle parfois la strume, qui sommeillait depuis la première enfance.

La scrofule manifeste diversement son influence. Elle attire d'abord la syphilis sur les organes qu'elle affecte elle-même communément — peau, ganglions lymphatiques, périoste, etc. Elle y provoque facilement le processus suppuratif, rare dans la syphilis ordinaire. Elle modifie les ulcérations syphilitiques secondaires et tertiaires, de façon à rendre le diagnostic parfois malaisé — la scrofule, à l'état dyscrasique simple, n'aggrave pas notablement la syphilis; elle en rend peut-être les manifestations locales plus fixes, mais en revanche y abolit généralement le symptôme douleur.

La tuberculose, au contraire, si elle ne favorise pas l'apparition des lésions graves et rebelles de la vérole, les entretient indéfiniment à coup sûr. Certaines affections tertiaires, le rétrécissement du rectum par exemple, se compliquent très ordinairement de tuberculose pulmonaire.

Le traitement de l'hybridité scrofulo-syphilitique est aisé, les mêmes indications existant pour les deux diathèses. Cependant à la médication spécifique ou anti-vérolique, mercure, iodure de potassium, on fera sagement de joindre les agents anti-scrofuleux proprement dits.

Dans l'hybridité syphilo-cancéreuse, c'est le néoplasme, dernier venu, épithélioma ou carcinome, qui subit l'influence de la vérole. Ces cas sont d'ailleurs assez rares. Il n'existe guère de faits qui prouvent la réciproque. J'ai vu cependant le cancer atteindre sans doute comme *locus minoris resistentiæ* un testicule guéri depuis deux ans de syphilome.

L'association, dans une tumeur, dans une ulcération, de la syphilis et du cancer, donne à la lésion une physionomie douteuse qui rend le diagnostic très épineux. D'ordinaire les caractères objectifs sont ceux de la vérole tertiaire; mais l'engorgement ganglionnaire, si exceptionnel dans la syphilis ancienne, plaide pour le néoplasme.

L'indolence presque complète qui est la règle, la marche lente, la bénignité relative des symptômes, sont du fait de la syphilis. Mais les progrès continus, la généralisation fréquente, et en fin de compte la terminaison toujours fatale, établissent définitivement le diagnostic; ils montrent de plus que dans le duo morbide, le dernier mot reste à la diathèse néoplasique.

Le traitement spécifique doit toujours être tenté dans les cas douteux. Il procure quelquefois des améliorations surprenantes qui feraient croire à la guérison. Ces arrêts passagers étonnent à bon droit ceux qui savent combien le mercure et l'iodure de potassium sont généralement inutiles, sinon nuisibles, dans les cas de néoplasmes épithéliaux ou carcinomateux ordinaires.

MM. Hutchinson, Bennett et Drysdale ont déclaré ne rien connaître de certain sur ce sujet.

M. L.-H. Petit, à l'appui de la théorie de l'*hybridité morbide*, cite l'observation suivante. Un homme atteint depuis plusieurs années de fièvres intermittentes, qui cédaient habituellement au sulfate de quinine, contracta la syphilis. Deux autres ans après, un retour de l'affection survint en même temps qu'une éruption d'ecthyma généralisée aux membres inférieurs. Cette fois la quinine fut impuissante, mais le traitement antisyphilitique fit disparaître à la fois l'ecthyma et la fièvre. L'année suivante les mêmes accidents furent traités avec autant de succès par les mêmes moyens. Mais, au bout de la seconde année, survinrent de nouveaux accès fébriles qui résistèrent à tout traitement. Un troisième élément morbide, une caverne pulmonaire était venue se joindre aux deux précédents, et emporta le malade.

M. Petit se demande à ce propos si la fièvre syphilitique, sur laquelle on est encore loin d'être d'accord, ne se manifesterait pas chez des sujets en puissance d'une autre diathèse fébrigène, le paludisme, le rhumatisme, etc.

Parmi les travaux présentés encore à la section, nous devons mentionner : Daniel Mollière (de Lyon), Note sur l'incarcération des hernies. — Spanton (de Hanley), Cure radicale de la hernie. — Marcy (Boston), Sur le traitement des hernies au moyen des ligatures animales désinfectées. — Drysdale (de Londres), Des différentes opinions qui règnent à Paris et à Londres sur les variétés de chancre. — Otis (New-York), La guérison radicale du rétrécissement de l'urèthre par l'uréthrotomie dilatante. — Lund (de Manchester), Quelques cas de maladies

prostatiques. — Soupart (de Gand), Système des proportions appliqué à la situation des interlignes articulaires. — Astley Blexam (de Londres), Opérations plastiques sur le nez. — Banks (de Liverpool), Cas de rupture du plexus brachial. — Sherwell (de Brooklyn), Un pansement antiseptique commode sur les champs de bataille (poudre de charbon de bois). — Docteur Little (Londres), Étiologie du pied-bot congénital. — Reverdin (Genève), De l'éversion du gros orteil. — Sayre (New-York), Plusieurs cas de courbure latérale rotatoire de la colonne vertébrale. — Casselli (de Reggio), Extirpation du larynx. — Goodwillie (New-York), Extirpation intra-nasale ou intra-buccale des os du nez et de la bouche, par des instruments chirurgicaux et suivie de reproduction de l'os. — Whitehead (de Londres), Extirpation de toute la langue avec les ciseaux, par la bouche. — Krishaber, De la sonde œsophagienne à demeure. — Clover, Appareil pour administrer les anesthésiques avec précision. — Fischer (de Buda-Pesth), Irrigateur pour les cavités nasales. — Un irrigateur uréthral. — Gunning, Des fractures de la mâchoire inférieure. — Albanese (de Palerme), Des blessures par les couteaux. — D'Ambrosio (Naples), Cure de l'arthrite fongueuse au moyen de l'électrolyse. — Kocher (Berne), Réduction d'une luxation irréductible de l'épaule. — Rossander (Stockholm), Extraction de corps étrangers du genou. — Rushton Parker (Liverpool), Traitement des fractures du fémur. — Houzé de l'Aulnoit, De la mégéthométrie. — Cuignet (de Lille), De la malformation du tibia.

L.-H. Petit.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 août 1881. — Présidence de M. **Legouest**.

La correspondance officielle comprend les pièces suivantes : les rapports transmis par les médecins des épidémies survenues en 1880 dans les départements de l'Aisne, de l'Ardèche, de l'Aude, des Bouches-du-Rhône, de la Charente-Inférieure, d'Eure-et-Loir, du Lot, de Loir-et-Cher, du Loiret, de la Haute-Loire, du Nord, de l'Orne, de la Seine, du Puy-de-Dôme, du Tarn.

—

M. le docteur Galippe lit un travail intitulé : *Réfutation des conclusions d'un mémoire du docteur Delthil* (*de Nogent*) sur les dangers de l'emploi de l'alun en contact avec le cuivre dans les préparations culinaires.

L'auteur pense que, les symptômes morbides observés et signalés par M. Delthil accompagnant presque constamment la diarrhée quand celle-ci se complique de vomissements répétés, il n'y a point dans ce tableau de caractéristique spéciale constituant une entité morbide. D'ailleurs tous les pâtissiers, quoi qu'en dise M. Delthil, n'ajoutent pas de l'alun aux œufs battus. Ensuite il n'a pas été trouvé trace de cuivre dans un Saint-Honoré provenant d'une des premières maisons de Paris. M. Galippe affirme que si à un blanc d'œuf on ajoute 0 gr. 20 d'alun ammoniacal, et que l'on batte le tout dans une bassine de cuivre, il ne se forme pas de composé soluble de cuivre. Si on porte la dose d'alun à 0 gr. 60, on obtient un produit dense, se colorant facilement en vert; cette albumine battue ne renferme pas de composé cuprique soluble.

M. Delthil suppose à tort que c'est le sulfate de cuivre ammoniacal qui a été la cause des accidents observés, car si la supposition était fondée, on aurait chaque jour des empoisonnements par le Saint-Honoré; or, il n'en est rien.

M. Delthil se serait trompé aussi sur la dose d'alun ajoutée aux œufs; sur la solubilité du sulfate de cuivre ammoniacal, lequel est employé depuis plusieurs années dans le traitement de diverses affections nerveuses et qui est bien supporté à la dose de 0 gr. 60 par jour. Oui, il y a du cuivre dans la crème du Saint-Honoré, puisqu'il suffit de faire bouillir de l'eau salée au contact d'un vase de cuivre pour y retrouver ce métal. En admettant même la présence dans la crème du sulfate de cuivre ammoniacal, le sel communiquerait à l'aliment une saveur très prononcée et une coloration spéciale, ce qui n'a pas lieu. Cependant ce mélange ne provoquerait pas d'accidents.

M. Galippe conclut que la crème, n'ayant aucune saveur cuprique, ni coloration, n'ayant au surplus provoqué que des accidents à longue échéance, ne contenait pas de sulfate. Il fait remarquer que les accidents observés ne sont pas en proportion avec la petite quantité du composé cuprique qui aurait pu être absorbé. Il renvoie M. Delthil au mémoire publié en 1878 dans les comptes rendus de la Société de médecine publique, et dans lequel M. Galippe rapporte comment il a absorbé, sans en être incommodé, une assiette à dessert d'un mélange

d'œufs et de lait bouillis dans un vase de cuivre et demeuré en contact vingt-cinq heures avec ledit vase.

(Le travail de M. Galippe est renvoyé à la commission déjà saisie du mémoire de M. Delthil.)

—

M. Bernard lit un mémoire où la pharmacie, la chimie, la clinique, la physiologie et la psychologie se coudoient. Il y est question de la découverte faite par l'auteur, en 1858, des effets thérapeutiques de l'iode naissant. Aux considérations nosologiques M. Bernard mêle des vues transcendantes sur les fluides vitaux, l'organicité, le dynamisme courant, la transformation des fluides les uns dans les autres, du sentiment en intelligence, etc. Il y a là une théorie difficile à saisir et à exposer, à l'aide de laquelle M. Bernard explique les choses les plus mystérieuses et réalise, dit-il, la guérison de la variole, de la fièvre typhoïde.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Lasègue, Dujardin-Beaumetz, Blanche et Luys.)

—

M. le docteur Du Castel, médecin du Bureau central, lit une note intitulée : *Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée.*

M. Du Castel a expérimenté la médication éthérée opiacée, dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, chez des malades pour qui l'intensité des phénomènes généraux et l'abondance de l'éruption faisaient craindre une suppuration grave.

Dans nombre de cas, la suppuration n'a pas eu lieu, il y a eu arrêt de développement de l'éruption, petitesse remarquable des papules et des vésicules. Les malades sont entrés en convalescence du sixième au neuvième jour après le début de l'éruption.

Dans les cas où la suppuration s'est produite, il y a eu diminution de son abondance, atténuation des phénomènes les plus pénibles. — Le traitement doit être commencé dès qu'il y a imminence de variole grave ; *le plus tôt est le mieux ;* quand le traitement a été commencé après le quatrième jour de l'éruption, il y a toujours eu suppuration. — La mort a été observée dans les formes hémorrhagiques ou dans quelques cas de suppuration à la suite d'accidents d'infection ; mais alors encore il y avait eu amendement des phénomènes graves, salivation, dysphagie, etc.

Voici le mode d'administration de ce traitement : 1° matin et soir, injection d'éther ; une pleine seringue de Pravaz chaque fois ; 2° extrait thébaïque, 10 à 20 centigrammes par jour dans une potion de 125 grammes ; chez la femme, la dose est le plus souvent de 15 centigrammes ; chez les hommes, presque toujours de 20 ; 3° perchlorure de fer, XX gouttes dans une potion de 125 grammes ; l'extrait thébaïque et le perchlorure de fer sont donnés alternativement d'heure en heure par cuillerées à bouche.

La médication éthérée opiacée doit être réservée pour les formes graves, parce que les injections d'éther donnent presque toujours naissance à quelques eschares, quand elles ne sont pas faites profondément dans le tissu cellulaire et poussées lentement.

L'administration de l'éther à l'intérieur n'a donné que des résultats infidèles.

Les malades chez lesquels l'éruption s'est arrêtée étaient tous, un seul excepté, d'anciens vaccinés. C'est la suppuration que combat la médication éthérée opiacée, et son action est incomparablement plus marquée chez les sujets anciennement vaccinés.

Renvoi à une commission composée de MM. Hérard, Lasègue et Marrotte.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

—

Addition à la séance publique annuelle, tenue le 2 août 1881. — Présidence de M. Henri Roger.

## PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1882

*Prix de l'Académie.* — Question : « De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par M. le baron Portal.* — Question : « Le système lymphatique au point de vue pathologique. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

*Prix fondé par madame Bernard de Civrieux.* — Question : « Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Capuron.* — Question : « Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

*Prix fondé par M. le baron Barbier.* — Ce prix devra être décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues le plus souvent incu

rables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament).

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard.* — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1,500 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Desportes.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il sera de la valeur de 2,000 francs.

*Prix fondé par madame veuve Henri Buignet.* — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

*Prix fondé par M. le docteur Orfila.* — Question : « De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc. »

D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la « physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la mé- « decine légale. Ainsi : que deviennent ces poisons après avoir été absorbés? dans quels « organes séjournent-ils? à quelles époques sont-ils éliminés et par quelles voies? quels trou- « bles amènent-ils dans les fonctions? quels sont les symptômes et les lésions organiques « qu'ils provoquent? quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en parti- « culier sur le sang? quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets? « enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques, « avant la mort, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les « selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la « mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans « les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de « l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler.

« Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, « poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été portés par « absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins « actifs? »

Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Itard.* — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

La valeur de ce prix sera de 3,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Falret.* — Question : « Des vertiges avec délire. » Il sera de la valeur de 1,500 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager.* — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs, pour la fondation d'un « prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la « tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites « des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

*Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul.* — M. et M$^{me}$ Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite.*

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation

seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

*Prix de l'hygiène de l'enfance.* — Question : « Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

NOTA. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1882 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1882. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et les adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amussat, Buignet, Desportes, Saint-Paul et Itard, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou imprimés, sont exemptés de cette dernière disposition.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 19 au 25 août 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 995. — Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 12. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 39. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 7. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 36. — Bronchites aiguës, 20. — Pneumonie, 43. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 104 ; au sein et mixte, 64 ; inconnu, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 66 ; circulatoire, 50 ; respiratoire, 47 ; digestif, 61 ; génito-urinaire, 17 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 6. — Morts violentes, 48. — Causes non classées, 3.

CONCLUSIONS DE LA 34e SEMAINE. — La mortalité générale s'est encore abaissée cette semaine, durant laquelle le nombre des décès est descendu à 995. Bien que la différence entre ce chiffre et celui de la 33e semaine (1,024) soit assez faible, elle est intéressante à constater, parce qu'elle porte principalement sur le groupe des affections épidémiques qui peuvent, à bon droit, être considérées comme fournissant surtout les signes caractéristiques de l'état sanitaire de la population. La Fièvre typhoïde est revenue au chiffre de 38 décès, qui avait été celui de la 32e semaine (il s'était élevé à 50 pendant la 33e) ; la Variole a occasionné 12 décès (contre 14 la 33e semaine) ; la Scarlatine 8 (au lieu de 14) ; la Diphthérie 39 (au lieu de 44).

Comme cela arrive toujours en pareil cas, la diminution de la chaleur a coïncidé avec l'atténuation du nombre des décès par Athrepsie. Ce nombre a été de 173, comprenant 64 enfants nourris au sein, 104 au biberon, et 5 dont le mode d'alimentation n'a pas été indiqué. Dans le présent bulletin, on peut voir que pendant ces derniers jours et pour 16 mairies, les seules qui nous aient communiqué en temps utile, leurs déclarations d'enfants mis en nourrice, le nombre d'enfants déclarés comme devant être nourris au sein a été de 112 et que 100 seulement ont été déclarés devoir recevoir un autre mode d'alimentation. Or, ces proportions sont à peu près constantes. Nous ignorons, il est vrai, le nombre des enfants gardés dans leur famille et leur genre d'alimentation, ce qui permettrait d'établir le rapport exact des décédés aux vivants d'après le mode de nourriture adopté ; mais il est bien supposable que le plus grand nombre d'entre eux est nourri au sein. Les chiffres que nous venons de citer sont donc suffisamment significatifs par eux-mêmes et dispensent de tout commentaire.

Les renseignements qui nous sont fournis par la morbidité sont peu satisfaisants. Les cas de Fièvre typhoïde sont toujours nombreux, notamment dans le 18e arrondissement, déjà si éprouvé. Mais le fait grave sur lequel nous devons attirer l'attention, c'est l'existence d'un foyer de Variole aux abords de l'hôpital Saint-Louis. Sur 47 malades qui nous sont signalés cette semaine, comme étant atteints de cette affection, 21 sont domiciliés dans les rues avoisinantes. De plus sur 12 décès par cette cause, le quartier de l'Hôpital-Saint-Louis en a fourni 4. Dans leurs communications, en nous dénonçant les cas d'invasion de Variole, la plupart des praticiens n'hésitent pas à attribuer la cause de l'épidémie dont ce quartier est le siège au voisinage de l'hôpital, et en particulier à celui du baraquement où sont actuellement soignés les varioleux.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

## FORMULAIRE

Poudre purgative de Ribke. — Pharmacopée germanique.

| | |
|---|---|
| Hydrocarbonate de magnésie. . . . . . . | 30 grammes. |
| Oléo-saccharum de fenouil. . . . . . . . | 20 — |
| Racine de rhubarbe pulv. . . . . . . . . | 8 — |

Mêlez. — On la donne par pincées aux enfants, comme purgative et antiacide. — N. G.

## COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Legroux, agrégé, est chargé, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1881-1882, du cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Marchand, agrégé, est chargé, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1881-1882, du cours auxiliaire de pathologie externe.

M. Cadiat, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie, pendant l'année-scolaire 1881-1882.

M. Faguet est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gautier est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gay, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Laborde est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

M. Gombault est maintenu dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pendant l'année scolaire 1881-1882.

MM. Gaucher et Variot sont maintenus dans les fonctions de préparateurs adjoints des travaux pratiques d'histologie, pendant l'année scolaire 1881-1882.

— Sont nommés, pour deux ans, à la Faculté de médecine de Paris :

1° Chefs de clinique médicale : MM. Talamon (Charles), en remplacement de M. Oulmont, dont le temps d'exercice est expiré, Josias (Albert), en remplacement de M. Dejérine, dont le temps d'exercice est expiré.

2° Chef de clinique adjoint : M. Jean (Alfred), en remplacement de M. Dreyfous, dont le temps d'exercice est expiré.

3° Chefs de clinique chirurgicale (emplois nouveaux) : MM. Henriet (Léon), Duret (Henri).
4° Chefs de clinique adjoints : MM. Picqué (Lucien), Redard (Jean-Paul).

Travaux a l'hôpital Saint-Louis. — Des travaux considérables vont être entrepris à l'hôpital Saint-Louis; ils ont pour objet la réinstallation des bains externes et la construction d'un service de consultations.

Un premier projet, présenté en 1876, avait été repoussé par le Conseil municipal, qui avait exprimé l'avis qu'il convenait :

1° De rattacher le service des bains externes à celui des bains internes, de manière à faire profiter des installations hydrothérapiques de ce dernier service, de ses bains de vapeur et de ses salles de fumigations ;

2° D'édifier dans les jardins compris entre la rue Bichat et les bains internes, auprès des bureaux de l'hôpital, la salle des consultations, le musée pathologique, etc.

Le projet qui vient d'être adopté a été conçu d'après ces données.

La dépense totale d'exécution s'élèvera à plus de 900,000 francs ; elle a fait l'objet d'un vote favorable du Conseil municipal, dans l'une des séances de la dernière session.

Hôpital spécial de varioleux. — L'administration de l'Assistance publique fait étudier en ce moment la création d'un hôpital spécial de varioleux, aux environs de Paris. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette décision, surtout lorsque nous voyons, dans le bulletin hebdomadaire de statistique municipale, le nombre de varioleux qui existe actuellement dans le quartier Saint-Louis.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## STÉNOSE PULMONAIRE, AVEC COMMUNICATION DES DEUX VENTRICULES ; CYANOSE TARDIVE ET INTERMITTENTE. — TUBERCULISATION PULMONAIRE ULTIME.

Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 mars 1881,

Par le docteur FÉRÉOL, médecin de l'hôpital Beaujon.

Le malade était un jeune homme de 21 ans, assez bien constitué en apparence, quoique un peu au-dessous de la moyenne comme taille. Son enfance s'était passée sans que personne soupçonnât qu'il pût être atteint d'une affection cardiaque ; il était garçon boucher et avait pu s'acquitter de son dur métier, sans en paraître incommodé au moins dans les premiers temps. Pour lui, il n'a commencé à se trouver essoufflé, gêné pour faire des travaux de force, qu'il y a deux ans environ. En même temps il commença à tousser et fit un court séjour à l'hôpital Saint-Antoine, où on désirait le garder, ce qui semble indiquer que déjà l'auscultation avait révélé une lésion cardiaque intéressante. Il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, mais seulement une varioloïde sans gravité ; pas d'autre maladie. Au mois de juin 1879, il entra une première fois à l'hôpital Beaujon, dans la salle de M. le docteur Gombault, où je le trouvai quand je pris le service au mois de juillet ; mon collègue et ami avait porté le diagnostic de malformation du cœur. En effet, le malade était entré dans le service avec une cyanose assez prononcée, mais qui disparut bientôt, une matité cardiaque très étendue et un bruit de souffle tout particulier et qui rappelait par beaucoup de points la description que M. Henri Roger faisait presque au même moment, à l'Académie de médecine, dans son très intéressant mémoire sur la *communication congénitale des deux cœurs*. En effet, ce bruit de souffle, très intense, accompagné d'un frémissement cataire très net, couvrait presque toute la région précordiale, et présentait un maximum qui n'était situé ni à la région mamelonnaire, ni à gauche de la fourchette sternale, ni à la base à droite du sternum, ni à la base à gauche du sternum ; il était situé précisément à la partie moyenne, et pour mieux le limiter encore, dans le troisième espace intercostal, à deux centimètres à gauche du sternum. Ce bruit était unique, systolique, et ne se prolongeait pas dans les vaisseaux du cœur. Il ne différait de la description de M. Roger qu'en un seul point. D'après cet éminent confrère, ce bruit de souffle

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Aïe ! aïe ! aïe ! vont s'écrier en chœur grand nombre de personnes.

On a pu lire, en effet, dans plusieurs journaux de la semaine, la note suivante :

« Le Conseil d'État vient d'achever un projet de loi, à l'étude depuis deux ans, qui a été remanié à deux reprises et qui va être présenté à la Chambre aussitôt sa constitution.

« Ce projet de loi est relatif à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

« Nul ne pourra plus, à l'avenir, exercer simultanément les deux professions.

« Quant aux pharmaciens, ils ne pourront plus, à l'avenir, vendre ou annoncer des produits non inscrits au Codex, c'est-à-dire tous les remèdes dits secrets; ce qu'on appelle les spécialités ne pourra plus être l'objet d'un commerce public. »

Pas n'est besoin, je crois, de bien longs commentaires pour montrer l'importance et la gravité d'un projet de loi tel que celui qui est indiqué dans cette note. D'abord, le fait est-il exact? Le Conseil d'État a-t-il étudié un projet de loi relatif à l'exercice de la médecine et de la pharmacie? Dans ces termes, je ne crois pas à la parfaite exactitude du fait. Si j'ai été bien renseigné dans le temps, j'admettrais volontiers que le Conseil d'État ait été chargé d'étudier un projet de loi sur les modifications à apporter à la loi de germinal sur l'exercice de la pharmacie : mais qu'il ait été invité à rechercher les modifications dont la loi de ventôse serait susceptible relativement à l'exercice de la médecine, j'ai quelques raisons d'en douter. Si mes

« médian, comme la cloison ventriculaire qui en est le siège, du point central où il est à son summum s'étend dans tous les sens également, et décroît dans tous avec la même régularité à mesure que l'oreille s'éloigne de ce centre ». — Il n'en était pas ainsi chez notre malade; le bruit de souffle avait une direction manifeste; à partir du point maximum, il se dirigeait en bas et en dehors, suivant une ligne courbe qui semblait gagner la pointe du cœur, vers le mamelon.

D'après cela, il semblait donc très probable que le malade avait une perforation de la cloison ventriculaire. Quant au reste, il avait eu depuis quelque temps des hémoptysies très abondantes et répétées; il en eut encore pendant son séjour à l'hôpital; mais à l'auscultation des poumons, on ne trouvait pas de signes certains de tuberculisation pulmonaire.

Après un séjour de plusieurs semaines, le malade se trouvant en bon état et ne présentant plus trace de cyanose, quitta l'hôpital, et je le perdis de vue jusqu'à ces temps derniers où il rentra de nouveau dans mes salles.

Il y revint beaucoup plus souffrant; la cyanose était beaucoup plus prononcée qu'à sa première entrée, mais elle s'atténua jusqu'à disparaître les jours suivants. Plus tard, elle se montra à nouveau et dura alors jusqu'à la mort du malade. Chose importante sur laquelle M. Roger insiste beaucoup dans son mémoire, le bruit de souffle n'avait pas varié, ni dans son intensité, ni dans son siège, ni dans son maximum; et pendant tout le temps que le malade fut soumis à notre observation, il ne varia jamais, au contraire de ce qu'on observe souvent dans les souffles d'endocardite, qui ne sont pas toujours aussi absolument identiques à eux-mêmes.

Mais, depuis 1879, un fait nouveau s'était produit. La tuberculisation pulmonaire était devenue des plus évidentes : les deux poumons, le droit principalement, étaient criblés de cavernes; l'expectoration était abondante et caractéristique. Il y avait un amaigrissement marqué, des sueurs, un peu d'infiltration œdémateuse des chevilles et du scrotum.

Cette complication, me remettant en mémoire les travaux de M. C. Paul, Solmon, Straus, Duguet, me fit penser sur-le-champ au rétrécissement de l'artère pulmonaire et j'en recherchai avec soin le signe caractéristique tel qu'il a été décrit par notre collègue M. C. Paul dans son mémoire de 1871. Je dois dire que cet examen plusieurs fois répété, par moi, par mon interne M. Petit, par les élèves du service, et les médecins du Bureau central qui viennent parfois nous visiter, fut toujours négatif. Le maximum du souffle restait bien fixé dans le troisième espace inter-

---

renseignements continuent à être exacts, on pourrait se borner à croire que le Conseil d'État s'est borné lui-même à donner une sanction pénale à la loi de germinal, qui prohibe la vente et l'annonce de tout médicament non inscrit au Codex.

Mais, même réduite à ces termes, quelles perturbations ces prohibitions n'apporteraient-elles pas dans la pratique de la pharmacie et aussi dans la Presse ! Voilà près d'un siècle que, par une négligence involontaire ou calculée du législateur de l'an XI, vous avez laissé prendre au commerce de la pharmacie des habitudes et des pratiques que vous voulez punir aujourd'hui : quelles résistances, quelles oppositions allez-vous rencontrer !... C'est votre affaire, et je m'éloigne avec empressement d'un sujet qui, de quelque point de vue qu'on l'envisage prête toujours et inévitablement à des interprétations désobligeantes.

En qualité de journaliste, la question des annonces nous touche évidemment.

Si nous étions mauvais confrère, nous désirerions l'adoption du projet de loi du Conseil d'État. La suppression des annonces médicales serait certainement un coup de mort pour plusieurs journaux de médecine. Mais les journaux de médecine devraient-ils être frappés par cet ostracisme? Ce serait une mesure injuste et inutile. Ce n'est pas chez nous que l'annonce médicale est dangereuse. Et telle qu'on indique la loi nouvelle, remarquez qu'elle n'atteindrait pas les annonces les plus mensongères, les plus bêtes, et qui font le plus stupide appel à la crédulité publique, celles dont je vous présentais dernièrement un riche échantillon, celles dont HUIT, aujourd'hui même, sont publiées par un journal que je ne veux pas nommer.

Si ce projet de loi est, comme on le dit, soumis à la prochaine législature, il va certainement passionner les esprits. Quant à moi, je demande à attendre. Si jamais il est démontré que la suppression des annonces médicales serait une mesure d'intérêt public, il n'est pas un

costal, et non dans le deuxième; la direction du souffle était descendante vers le mamelon, et non ascendante vers la clavicule gauche. Tout ce que nous pûmes découvrir en sus fut un souffle doux autochtone, de timbre différent, parfois accompagné d'un dédoublement du premier bruit, siégeant à la pointe, à la région mamelonnaire, et qui nous parut correspondre à un certain degré d'endocardite mitrale.

Toutefois, me fondant en premier lieu sur la survenance de cette tuberculisation; en second lieu, sur le caractère nettement systolique et l'intensité du bruit de souffle siégeant si près du foyer de l'artère pulmonaire, je crus pouvoir admettre l'existence d'un rétrécissement de cette artère.

Voici maintenant les révélations de l'autopsie :

L'hypertrophie du cœur est énorme, comme vous pouvez voir, et porte principalement sur le cœur droit, ventricule et oreillette. La pointe du cœur est fournie par le ventricule droit, et la cloison ventriculaire est déjetée du côté du ventricule gauche, qui s'en trouve rétréci. L'épaisseur des parois du ventricule droit (paroi externe, 20 à 22$^{mm}$) et de la cloison (18 à 20$^{mm}$) est énorme et les colonnes charnues sont doublées de volume; la valvule tricuspide est un peu épaissie; le voile membraneux est très développé et paraît suffisant; les parois de l'oreillette droite, les muscles pectinés, sont très épaissis. La fosse ovale est fermée; cependant un stylet peut pénétrer, à travers un pertuis étroit, de l'oreillette droite dans la gauche (disposition normale, et ne permettant pas le reflux du sang). L'infundibulum de l'artère pulmonaire est très large; les sygmoïdes sont refoulées en haut, et, soudées entre elles, forment une sorte de nid ou de dôme, qui fait dans la cavité de l'artère une saillie comparable à un cul de bouteille, ou bien au museau de tanche dans le vagin; le centre de ce mamelon est percé d'un orifice elliptique, un peu inégal, de 2 millimètres de diamètre; c'est par cette seule lumière étroite que le sang ventriculaire passait dans l'artère. A la circonférence de ce mamelon, qui adhère à la paroi artérielle, on remarque trois petits replis qui partagent cette circonférence en trois parties égales : ce sont les vestiges des points d'attache des valvules.

Quant au cœur gauche, on constate que les bords de la mitrale sont épaissis, et portent çà et là de petites végétations mûriformes grosses comme des têtes d'épingle. Les valvules aortiques sont épaissies à leurs bords, mais suffisantes.

La communication des deux ventricules, diagnostiquée pendant la vie, se fait au

---

rédacteur de ce journal, j'ose en prendre l'engagement pour tous, qui reculât devant l'accomplissement du devoir.

***

D'ailleurs, tous ces réformateurs de notre législation se préoccupent-ils, ainsi qu'ils devraient le faire, des tendances, des habitudes, des modifications dans le tempérament dont le médecin, le chirurgien et le pharmacien doivent nécessairement tenir compte? J'ai longtemps résisté pour admettre que le tempérament de notre race gauloise s'était modifié depuis bientôt un siècle. C'était le sang qui régnait dans l'organisme, il y a soixante ans, aujourd'hui ce sont les nerfs. Les médecins avaient autrefois à combattre la pléthore, c'est contre l'anémie qu'il faut aujourd'hui qu'ils s'arment en guerre. Aussi, — et voyez comme tout vient à point! — la chirurgie s'est empressée d'accueillir l'anesthésie, qui, en supprimant ou en modérant la douleur, ménage ainsi les forces nerveuses du patient.

Je me rappelle que je disais un jour à notre vieux maître Velpeau, qui se fâchait presque tout rouge contre M. Gosselin, qu'il accusait de faire de la chirurgie à l'eau de rose, chirurgie de la décadence, disait-il *à parte*, montrant une tendance fâcheuse vers l'emploi des moyens doux et les opérations modérées, je me permettais, dis-je, de lui répondre : « Cett transformation de la chirurgie n'est-elle pas commandée par la nature des choses? L'extrême civilisation rend la nature humaine plus sensible, plus impressionnable et plus désireuse de fuir la douleur. Cette susceptibilité nerveuse doit entrer en ligne de compte dans le résultat des opérations. Les bêtes supportent mieux le traumatisme que l'homme; le sauvage mieux que le civilisé; le Cosaque mieux que le Français; le bas-Breton mieux que l'habitant du boulevard des Italiens. Plus nous devenons raffinés, plus nous devenons nerveux. »

moyen d'un orifice à peu près circulaire, mesurant environ 6 millimètres de diamètre, tapissé d'un endocarde lisse et blanchâtre; cet orifice est situé au milieu des piliers hypertrophiés de la cloison, à 1 centimètre 1/2 au-dessous du septum membraneux, qui est absolument intègre; seulement ce septum membraneux a des dimensions un peu plus considérables que d'habitude; il est distendu et flasque, en sorte que le doigt introduit dans l'infundibulum peut s'en coiffer en quelque sorte, et apparaît ainsi au-dessous des valvules aortiques; la minceur de cette membrane est très remarquable; mais il n'y a aucune perforation en ce point. Notons d'ailleurs que la fibre musculaire des deux cœurs est très rouge, et ne présente à l'œil nu aucune apparence de dégénérescence graisseuse.

Je passe rapidement sur les autres lésions : congestion hépatique (foie muscade); infarctus rénaux (dus probablement à des embolies capillaires venues des végétations mitrales). Les lésions pulmonaires étaient considérables, siégeaient aux deux poumons, principalement au poumon droit et aux sommets (îlots caséeux, tubercules à tous les degrés, vastes cavernes au sommet droit).

Et je demande la permission d'insister un peu sur la physiologie pathologique et l'évolution pathogénique de la lésion cardiaque.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

## Congrès médical international

### Section d'obstétrique.

*Perfectionnement dans la construction et dans l'application du forceps.* — M. TARNIER rappelle l'histoire de la courbure périnéale donnée aux différents forceps, énonce et les raisons qui l'ont amené à renoncer à cette courbure dans la construction de son forceps : 1° dans les applications directes, le forceps à courbure ordinaire est plus facile à appliquer que le forceps à courbure périnéale ; 2° dans les applications obliques, la partie convexe qui résulte de la courbure périnéale vient heurter l'une des branches ischio-pubiennes et fait dériver le manche de l'instrument qui devient alors défectueux. — Avec le forceps de courbure ordinaire, quand on veut imprimer à la tête fœtale un mouvement de rotation autour de l'axe fictif de l'excavation pelvienne, il faut que les manches de l'instrument décrivent en dehors un arc de cercle.

M. Tarnier présente son forceps, avec les dernières modifications qu'il y avait apportées; grâce à lui, la traction peut être faite dans l'axe du bassin, appliquée au centre de la tête fœtale; la tête peut se mouvoir aussi librement quand elle est saisie par le forceps que dans le

***

J'ajoutais : est-ce seulement en chirurgie que se remarque cette tendance vers la mièvrerie thérapeutique ?

Quelles transformations dans la pharmacologie !

Que sont devenues ces grosses et raclantes *médecines noires* dont l'odeur seule excitait les contractions intestinales? Nos petits maîtres de la formule leur ont substitué d'abord l'eau de Sedlitz, puis celle de Pullna, pour arriver enfin à la limonade Rogé, ce purgatif à la saveur pénétrante et parfumée qu'un de mes amis, Romain de la décadence, se fait préparer en sorbet.

Qui prescrit encore le quinquina en nature, en poudre, en extrait, en décoction? Fi donc! Les plus fins bouquets de la sève du Médoc, les vins les plus parfumés de Madère, de Sicile ou d'Espagne, à la bonne heure! Voilà les véhicules charmants de cette précieuse écorce péruvienne.

Infortunées étaient-elles autrefois ces tristes victimes de Vénus condamnées aux amertumes de la salsepareille et du gayac, à cette affreuse potion de Chopart, que le Codex a la cruelle ironie d'appeler *balsamique!* Aujourd'hui quelques pilules imperceptibles de protoiodure d'hydrargyre, une boîte ou deux de capsules recélant le baume spécial, tel est le peu formidable appareil de guerre contre les blessures de l'Amour.

Nos femmelettes en sont venues à ne plus pouvoir supporter l'impression suave de l'éther sur leurs papilles linguales, et l'on a dû emprisonner cette liqueur subtile dans les élégantes perles du docteur Clertan.

Il n'y a plus que sirops, et biscuits, et dragées, et granules, et marmelades. Du cacao surtout

travail normal, et grâce à l'aiguille, l'opérateur peut suivre les mouvements de la tête fœtale et se guider sur elle pour la direction suivant laquelle la traction doit être faite.

M. Lazarewitch (de Cracovie) présenta un autre forceps. Pour lui, la courbure céphalique est la seule essentielle, les courbures pelvienne et périnéale sont non seulement inutiles, mais encore dangereuses. La direction dans laquelle on doit faire la traction est indiquée par le sens musculaire.

L'opinion générale de la section parut être opposée aux vues de M. Lazarewitch et en faveur de la courbure pelvienne du forceps. Les objections faites à l'instrument de M. Tarnier sont plus théoriques que fondées. On lui reprocha surtout sa complexité, qui est loin d'être un embarras, puisqu'elle ne gêne en rien la manœuvre, le danger de léser les parties molles du plancher du bassin, danger purement chimérique, puisqu'il ne s'est pas encore réalisé ; et enfin la pression continue exercée sur la tête fœtale, objection sans plus de fondement que les autres, puisque, ainsi que MM. Tarnier et Budin l'ont déclaré, on n'a jamais trouvé de déformation de la tête attribuable au forceps Tarnier.

*Des contractions intermittentes de l'utérus gravide comme moyen de diagnostic.* — M. Braxton Hick dit que l'utérus se contracte pendant toute la durée de la grossesse, toutes les cinq ou vingt minutes. Ces contractions, reconnaissables à la main, servent à établir le diagnostic dans des cas considérés comme grossesse extra-utérine, dans les cas d'hydramnios considérés comme kystes de l'ovaire, où la ponction avait été faite à travers les parois utérines ; dans les cas de grossesse où l'on soupçonnait la coexistence d'une tumeur ; dans l'hydramnios avec grossesse gémellaire, etc. Toutefois, ce signe perd de sa valeur si l'on considère que l'utérus se contracte fréquemment dans les cas de fibromes utérins, fait que M. Hick a laissé sous silence.

*Une nomenclature uniforme en obstétrique.* — M. Simpson (d'Édimbourg) lit un travail sur ce sujet. Après discussion, on résolut de nommer une commission, formée par les représentants des diverses nations représentées au Congrès, pour arrêter un projet de nomenclature uniforme qu'on discuterait à la section d'obstétrique du prochain Congrès médical international.

*Sur une disposition particulière des œufs dans la grossesse gémellaire.* — M. P. Budin rapporte deux cas dans lesquels, à l'extérieur, il semblait n'exister qu'un seul œuf, tandis qu'à la périphérie des membranes il y avait deux placentas distincts. A l'intérieur il existait deux poches, l'une incluse dans l'autre. En disséquant avec soin, on a vu qu'il n'y avait là qu'une apparence ; les deux œufs pouvaient être complètement séparés, car ils n'étaient qu'accolés. L'un d'eux s'était probablement implanté sur la paroi utérine alors que l'autre avait déjà acquis un certain degré de développement.

*Sur l'opération de la fistule vésico-vaginale dans les cas de destruction du sphincter de la vessie*, par le docteur Pawlick.

---

on a fait le bouc émissaire des plus affreuses drogues, et l'officine du pharmacien ne sera bien tôt plus qu'une confiserie.

Je pourrais indéfiniment allonger cette liste de médicaments demandés par le public, dont quelques-uns à peine sont inscrits au Codex et qui tomberaient sous le coup de la loi préparée par le Conseil d'État.

Il faut croire que nos législateurs, si savants soient-ils, n'auront pas prévu toutes les difficultés d'application d'une loi semblable. Il y a soixante ans qu'à la Chambre des pairs, par deux fois, à l'Académie de médecine et autres Sociétés savantes, que commissions sur commissions, que le Congrès médical de 1845, ont mis cette loi à l'étude sans pouvoir la faire aboutir. Le Conseil d'État sera-t-il plus heureux?

***

Vivait, il y a quelques années encore, à Poitiers, un confrère octogénaire qui a laissé le souvenir d'un homme des plus aimables, des plus spirituels, très original, très recherché et très aimé de sa nombreuse clientèle, c'était le docteur Gailhard, qui rendait volontiers la *Gazette médicale de Paris* confidente de ses élucubrations. Il avait aussi publié une plaquette d'une douzaine de pages dans lesquelles il avait consigné quelques pensées très humouristiques. J'en détache celle-ci qui aurait fourni aux fabulistes un charmant apologue qu'on aurait pu intituler : *Le paysan chez le médecin.*

« Pour entrer en matière, le paysan ne manque pas de me dire : — Je n'aime pas les médecins, et, si je ne peux pas guérir, ne me faites pas de remèdes.

« Voici ma réponse : — Tu as bien bêché ta vigne, tu l'as taillée, tu l'as même fumée, quoique cela t'ait coûté beaucoup d'argent. — Oui, Monsieur. — Es-tu sûr de récolter? —

*De l'oophorectomie.* — M. Battey rappelle l'histoire de cette opération, les principes sur lesquels est basée l'ablation de l'ovaire normal, les indications de l'opération et les résultats obtenus. Sur plus de 200 opérations qu'il a recueillies, il y eut une mortalité de 18 p. 100 ; 72 guérisons p. 100 dans les opérations complètes, et 26 p. 100 dans les opérations incomplètes. Mais les indications doivent différer suivant les chirurgiens, car tandis que Battey n'a pratiqué l'ovariotomie normale que 16 fois en 10 ans, Tait l'a pratiquée 67 fois depuis 2 ans et 3 mois, et Savage 30 fois en 2 ans.

M. Knowsley Thornton appela l'attention sur la grande proportion de cas (8 p. 100) dans lesquels on ne put achever l'opération, et ajouta qu'avant de se prononcer sur son opportunité, il fallait être mieux renseigné sur la vraie mortalité et sur les résultats définitifs. Martin, de Berlin, a pratiqué 14 fois l'oophorectomie, mais il n'a pas publié ces cas, parce que les résultats définitifs ne sont pas encore assez certains.

M. Spencer Wells n'a jamais vu de cas nécessitant cette opération.

M. Goodell (de Philadelphie) a toujours opéré par la voie vaginale; mais, dorénavant, il opérera par la voie abdominale. Il émit l'opinion qu'à l'avenir on devrait enlever les ovaires des aliénées.

M. Matthews Duncan est un adversaire de l'opération; il ne l'a jamais conseillée que dans un seul cas. Dans les fibroïdes utérins, l'ovariotomie normale a donné 5 morts sur 36 cas; or, aucun genre de traitement n'a donné une aussi forte mortalité.

M. Graily Hewitt lut ensuite un mémoire sur la cause excitante des attaques hystériques et hystéro-épileptiques; il pense que ces attaques sont dues à une irritation réflexe née de la compression des tissus utérins par la flexion de l'utérus. M. Mundé traita le sujet de la curabilité des déplacements utérins, en montrant que leur guérison permanente est rare dans les cas datant de longtemps. M. Edis disserta sur l'influence des affections utérines sur la production de nombreux désordres sympathiques dans la santé générale et dans les organes spéciaux; M. Beverley Cole, sur le traitement mécanique de quelques déplacements et de quelques maladies de l'utérus; et M. Ferrier, sur un perfectionnement dans la construction et dans l'application de l'appareil pour le redressement des déviations utérines, appareil qui a paru en général un peu compliqué, « quelque peu formidable », suivant l'expression d'un membre de la section.

*Sur l'extirpation totale de l'utérus.* — Le mémoire de M. Freund, lu par un des secrétaires, ne contient aucune statistique. Il se borne à des considérations générales et à une courte discussion des deux méthodes abdominale et vaginale d'hystérectomie. Il regarde la voie abdominale comme une étape dans les progrès de l'opération, mais paraît préférer la voie vaginale, surtout dans les cas où l'utérus est petit et le vagin spacieux. Il conclut que l'opération

---

Non, Monsieur : cela est entre les mains du bon Dieu. — Mais si tu n'avais pas bêché, ni taillé, ni fumé, tu serais bien certain de ne rien cueillir. — Sans doute. — Eh bien, mon cher, si tu ne fais pas de remèdes, tu es assuré de ne pas guérir.

« Cet argument *ad hominem* suffit toujours », ajoutait notre spirituel confrère Gailhard.

***

Que sont donc devenus ces beaux projets relatifs à la construction d'un bâtiment destiné à l'Académie de médecine? J'entends encore M. Duruy, alors ministre de l'instruction publique, et qui était venu assister, en 1864, je crois, à la séance annuelle de l'Académie, je l'entends encore se plaindre avec énergie de l'indignité du local consacré à cette Compagnie savante, et annoncer que, dans les reconstructions de la Sorbonne qui allaient commencer, il ferait tous ses efforts pour ménager les locaux convenables pour l'Académie. Hélas! il quitta le ministère avant que fût posée la première pierre de la reconstruction de la Sorbonne. Près de vingt ans se sont écoulés depuis et ce n'est que d'hier que le Parlement vient de voter définitivement l'agrandissement du Palais universitaire. Mais de l'idée de M. Duruy de loger l'Académie dans ces nouvelles constructions, en est-il au moins question? Pas plus que des promesses faites par d'autres ministres de concéder à l'Académie des terrains suffisants pour cette édification. Plus habiles et plus empressés sans doute ont été et l'École de pharmacie et la Clinique d'accouchements qui ont obtenu de magnifiques locaux où elles vont s'installer à la rentrée prochaine. Ah! vais-je répéter encore, si l'Académie avait voulu m'écouter il y a près de quarante ans, quand elle pérégrinait de la rue de Poitiers à la bibliothèque de la Faculté, elle serait riche aujourd'hui et elle pourrait être chez elle. Je ne vous fatiguerai pas par la répétition des calculs au moyen desquels j'arriverais à vous prouver que l'Académie

peut être entreprise sans trop de dangers dans les premiers temps du carcinome et du sarcome, dans lesquels on peut espérer une guérison radicale.

M. Corradi présenta un mémoire où il recommande l'hystérectomie totale par une combinaison des voies abdominale et vaginale.

D'après M. Martin (de Berlin), peu de malades peuvent être soumises à cette opération; on ne peut la faire quand les ganglions des ligaments larges sont envahis. Il a enlevé six fois l'utérus par la méthode de Freund, et toutes les opérées moururent. Dans 17 cas, par la voie vaginale, il n'eut pas de grandes difficultés à arrêter le sang. Czerny, devant les mauvais résultats fournis par la méthode de Freund, a enlevé 7 fois l'utérus par le vagin avec 4 guérisons, mais la récidive survint dans la plupart des cas. Henning (de Leipzig) recommande d'opérer, quoique la guérison permanente soit très rare. Spencer Wells n'a jamais vu de cas dans lequel on ait pu pratiquer une opération si grave. Les cas étaient trop avancés ou tels qu'on pouvait enlever le cancer par le grattage, l'excision ou l'application des caustiques.

*Un point du diagnostic des tumeurs de l'ovaire.* — M. le professeur Slawjanski (de Saint-Pétersbourg) indique un symptôme qui paraît révéler le côté d'où part la tumeur. Ce signe est une diminution de la sensibilité du triangle inguinal du côté de l'ovaire affecté. Dans cinq cas observés par lui, ce signe existait, et l'exactitude du diagnostic fut confirmée par l'opération.

*Sur le traitement de a grossesse extra-utérine.* — M. Martin (de Berlin) lit un mémoire avec cas à l'appui, sur une nouvelle manière de traiter cet état, ou plutôt une nouvelle manière d'agir envers le placenta et le sac dans les opérations nécessitées par la grossesse extra-utérine. Il lie la base du placenta, enlève le plus possible du sac, et ferme ce qui reste du côté de l'abdomen, après l'avoir drainé par le vagin. Il dit que lorsque le placenta est fixé à la paroi pelvienne il peut être lié aussi bien que quand il est fixé à l'utérus, et qu'ainsi on peut enlever le placenta et éviter en grande partie, sinon en totalité, le danger de l'hémorrhagie et de l'infection putride.

*Chirurgie réparatrice du canal génital.* — M. Montrose A. Pallen (de New-York) discute un grand nombre de questions relatives à la pathogénie et au traitement des difformités congénitales et acquises du col de l'utérus et du vagin qui exigent une opération plastique.

M. Bennett parle de la déchirure du col utérin, de ses causes et de son traitement. Il pense que toutes les lacérations du col ont pour cause l'inflammation, et que leur traitement doit être celui de cette affection. M. Pallen, au contraire, ayant trouvé 200 cas de déchirure du col sur 800 malades examinées à son hôpital de New-York, croit que tous ces cas réclament l'opération d'Emmet (*trachelorraphie* ou suture du col).

M. Playfair, dans une discussion très approfondie de la question, explique comment, après

---

serait aujourd'hui en possession d'un million, sans compter les cent mille francs du legs Demarquay. Oui, c'est comme j'ai l'honneur de vous le dire, notre pauvre et si respectable Académie ne se mettrait pas à une gêne extrême pour prélever dix mille francs sur son maigre budget pour payer son loyer à l'Assistance publique, et elle ne serait plus exposée à s'entendre chanter le vieux refrain :

Quand on n'a pas de quoi payer son terme
Il faut avoir une maison à soi.

Dr Simplice.

---

Faculté de médecine de Paris. — M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice, pendant l'année scolaire 1881-1882.

MM. Jarjavay et Brun sont nommés prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris pour une période de quatre années, en remplacement de MM. Campenon et Kirmisson.

Chemins de fer électriques. — L'application de l'électricité aux locomotives de chemin de fer, va être mise à l'épreuve aux États-Unis. Huit mille mètres de voie ferrée ont été réservés sur le Cambden and Amboy Railway, New-Jersey, pour essayer les expériences dans ce sens. Deux locomotives que l'on construit maintenant seront prêtes à fonctionner dans les premiers jours de septembre prochain. Si les expériences donnent de bons résultats, on songerait alors à appliquer le système électrique au chemin de fer aérien de New-York. On pense que dans cette ville, il ne faudrait pas plus de six centres de production d'électricité pour actionner convenablement les quatre railways qui font le service de la grande cité américaine.

avoir été l'adversaire de l'opération d'Emmet, il a fini par l'adopter. Il l'a appliquée dans plusieurs cas, et il a pu guérir ainsi des affections de longue durée.

MM. Goodell, Marcey et d'autres reconnaissent les services rendus à la gynécologie en Amérique par M. Henry Bennett, mais ils ne partagent pas son opinion sur l'opération d'Emmett. M. Goodell pense qu'on doit l'employer dans les cas de lacération du col, même en l'absence de phénomènes morbides, dans le but de prévenir le développement d'un épithélioma.

*Amputation du col de l'utérus dans la métrite chronique.* — M. Le Blond recommande cette opération lorsque la maladie a résisté aux autres méthodes de traitement. Comme, en pareil cas, on intervient pour remédier à une maladie qui n'entraîne jamais la mort par elle-même, il est indispensable de recourir à une méthode opératoire qui ne présente que peu de dangers. Cette méthode consiste à amputer le col au fond du vagin, au moyen du fil galvano-caustique.

M. P. Ménière présente un mémoire sur la médication intra-utérine, et particulièrement sur l'emploi du *graphidomètre,* ou pinceau utérin.

*Sur le traitement de l'hémorrhagie puerpérale.* — M. Barnes donne un aperçu rapide des conditions qui prédisposent à l'hémorrhagie, des conditions physiologiques qui s'y opposent, et fait voir comment le trouble survenu dans ces conditions la provoque. Pour arriver aux règles cliniques à suivre dans le traitement, il divise les hémorrhagies en trois catégories : 1° la fonction diastaltique se maintient dans son intégrité, mais elle est désordonnée dans son action ; 2° il y a perte notable de la force diastaltique ; 3° il y a suspension de cette fonction. L'auteur énumère les moyens employés ordinairement avec succès dans les deux premières catégories, moyens qui échouent dans la troisième. Lorsque la contraction musculaire fait défaut, on peut lui trouver un succédané dans la rétraction de la paroi utérine sous l'influence des styptiques : l'iode ou le fer. L'iode, quelquefois utile, trompe souvent le clinicien dans son attente ; l'auteur s'appuie donc sur le fer. Sa conclusion générale est que les injections intra-utérines de perchlorure de fer peuvent encore réussir à sauver les femmes en danger de périr d'hémorrhagie lorsque tous les autres moyens ont échoué.

M. More Madden, parlant du traitement préventif et curatif de l'hémorrhagie *post partum,* recommande de faire suivre un traitement par le fer avant l'accouchement, et d'employer après l'accouchement les moyens usuels, en même temps que les injections intra-utérines de perchlorure de fer, en cas de besoin.

MM. Matthews Duncan, Cole, et d'autres orateurs, rejettent sans exceptions les injections styptiques intra-utérines, se fiant entièrement à la rétraction de l'utérus, tandis que d'autres conseillent d'y avoir recours en dernier lieu lorsque tous les autres moyens ont échoué. Le résultat de la discussion paraît être que les cas qui comportent ce traitement sont extrêmement rares.

Le président, M. Alfred Mac Clintock, insiste sur les moyens de prévenir l'hémorrhagie. Il donne un stimulant immédiatement après la parturition. Le chloroforme prédispose à l'hémorrhagie. Il a employé dans un cas, avec succès, une injection de perchlorure de fer.

*Du trismus et du tétanos utérins pendant le travail.* — Pour M. G. Roper, le tétanos est une affection du corps utérin, se déclarant à la fin d'un travail prolongé, et le trismus une affection du col survenant dans les premières périodes du travail. Il rapporte 7 cas de trismus, dont 3 observés par Smellie et 4 par lui-même. Le traitement est extrêmement difficile ; les moyens recommandés, et dont on pouvait attendre de bons résultats, ont été trouvés sans valeur par l'auteur.

Après ces communications, M. Apostoli (de Paris) lit un mémoire sur l'emploi de l'électricité dans les accouchements. — M. Ménière présenta un nouvel hystéromètre ; M. Marcy un nouveau dilatateur de l'utérus ; M. Henning la *pince-clamp* de Billroth, et M. Kustner un pelvimètre.

Dans la dernière séance, un des secrétaires lut, au nom de M. Spiegelberg, retenu par la maladie, un mémoire sur l'antisepticisme dans les accouchements. — Après avoir rappelé le rôle et les progrès des idées antiseptiques en chirurgie, l'auteur dit que, pendant le travail, les mesures de propreté et d'antisepsie les plus strictes doivent être observées de la part de la mère et de ceux qui lui donnent des soins ; il recommande la désinfection du canal génital par des irrigations fréquentes avec des liquides antiseptiques. L'antisepsie après l'invasion de l'infection n'a pas grande utilité ; elle n'a de valeur réelle que dans les cas où l'altération locale n'a pas encore envahi le parenchyme utérin.

M. Winckel (de Dresde) donna une statistique des résultats obtenus depuis l'introduction des précautions antiseptiques dans les maisons d'accouchements du royaume de Saxe dans ces douze derniers mois. MM. Reid et Maggioli prirent aussi part à la discussion en apportant des arguments à l'appui de l'utilité des mesures antiseptiques en obstétrique.

M. Mouat présenta un compte rendu intéressant sur les accouchements et la mortalité dans les *workhouse infirmaries* pendant les dix dernières années.

Citons encore les mémoires de MM. Halbertsma : Sur l'éclampsie puerpérale considérée comme ayant pour cause la plus fréquente une compression des uretères; — Eustache (de Lille) : Parallèle de l'embryotomie et de l'opération césarienne; — Du traitement chirurgical de la chute de l'utérus. — Morisani : Sur la symphyséotomie. — Hart : Données cliniques, anatomiques et thérapeutiques de la position genu-pectorale, au point de vue des déviations utérines.

L.-H. Petit.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente une note de M. Boucheron, intitulée : *De la présence anormale de l'acide urique dans les sécrétions salivaire, gastrique, nasale, pharyngée, sudorale, utérine, et dans le sang menstruel. Indications diagnostiques et thérapeutiques.*

« On sait que les déchets de la nutrition qui ne sont pas éliminés produisent, en s'accumulant dans le sang, des accidents variés d'intoxication, d'autant plus durables que les matières toxiques peuvent être fabriquées indéfiniment par l'économie.

Parmi les déchets de la nutrition, sans parler des ptomaïnes de connaissance récente, l'un des plus importants est l'*acide urique*, dont l'accumulation dans le sang constitue l'*uricémie* (Garrod, Sée, Charcot, Zalesky, Gigot-Suard, Jaccoud, Labadie, Bouchard, Lagrave, Fernet, etc.

Quand l'acide urique en excès s'élimine anormalement par divers organes, il détermine l'apparition d'affections variées dites *uricémiques*, dont la plus anciennement connue est la *goutte articulaire*, caractérisée par l'élimination de l'acide urique dans les articulations (Garrod.)

Il existe un grand nombre d'affections qui sont soupçonnées d'être sous la dépendance de l'acide urique et dont la nature uricémique n'a pû être nettement démontrée, vu les insuffisances et les difficultés des analyses chimiques dans chaque cas.

Suivant cet ordre d'idées, et supposant que l'élimination anormale de l'acide urique était, chez certains malades, la principale cause des affections dont ils étaient atteints, nous avons recherché et trouvé, en effet, l'acide urique dans les sécrétions des organes malades. C'est ainsi que nous avons, avec les conseils de M. le professeur Grimaux et avec le concours de M. J. Chassin, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, décelé l'acide urique dans la sécrétion gastrique pituiteuse qui nous était fournie par le vomissement matutinal, dans la sécrétion nasale et pharyngée pendant l'évolution de certains catarrhes naso-pharyngiens, dans la sécrétion de la muqueuse utérine et dans le sang menstruel de certaines femmes atteintes d'affections utérines, dans la sueur, comme l'avaient trouvé aussi plusieurs observateurs, entre autres Charcot, Ball, Robin, Peter et G. Daremberg.

Dans tous ces cas, les liquides à analyser, tout en étant difficiles à se procurer, pouvaient cependant être recueillis.

Mais pour les organes composés d'une cavité close, comme les séreuses articulaires ou autres, comme les globes oculaires, qui conservent dans leurs cavités les liquides sécrétés, et pour les organes dont les sécrétions s'épanchent dans les cavités splanchniques profondes, tels que le foie et les muqueuses gastro-intestinales, la démonstration de la nature uricémique de leurs affections est extrêmement difficile ou impossible pour chaque cas.

Restait donc à trouver une sécrétion assez abondante pour être analysée, s'épanchant à ciel ouvert et servant très fréquemment à l'élimination de l'acide urique en excès dans le sang. La présence de l'acide urique dans cette sécrétion fournirait la preuve directe de l'accumulation de cette substance dans le sang, la preuve directe de l'intoxication par l'acide urique, et la preuve indirecte que les affections dont souffre le malade sont sous la dépendance de cet agent toxique. La disparition des accidents concordant avec la disparition de l'acide urique apporte une nouvelle preuve à l'appui.

La sécrétion qui joue très fréquemment le rôle d'émonctoire accessoire de l'acide urique, *c'est la sécrétion salivaire.*

En effet, nous avons trouvé dans la salive de l'acide urique en abondance dans les principales variétés d'uricémie, quelles qu'en soient les causes :

1° Dans l'uricémie par arrêt de la fonction urinaire, ou rétention de la majeure partie des liquides et matériaux de l'urine, chez des sujets névropathiques ou autres;

2° Dans l'uricémie par alimentation trop riche en azote;

3° Dans l'uricémie de sujets ayant été atteints de goutte aiguë, franche, articulaire;

4° Dans l'uricémie de sujets atteints de goutte chronique articulaire;

5° Dans l'uricémie avec accidents morbides du côté du foie, de l'estomac et des intestins;

6° Dans l'uricémie avec lésions diverses de la peau;

7° Dans l'uricémie avec lésions oculaires (décollement de la rétine, choroïdites et corps flottants du corps vitré, iritis, kératite, névrite optique, conjonctivites, blépharites);

8° Dans l'uricémie avec lésions de l'oreille et surdité;

9° Dans l'uricémie avec détermination morbide du côté des reins, des bassinets, de la vessie et de la prostate;

10° Dans l'uricémie avec détermination morbide sur l'appareil cardio-vasculaire;

11° Dans l'uricémie avec accidents encéphalo et névropathiques.

*Procédé opératoire.* — C'est avec la réaction de la murexide que nous avons obtenu les meilleurs résultats, pour la recherche qualitative de l'acide urique dans la salive. Cette réaction n'exige qu'une faible quantité de liquide, elle est rapide et caractéristique.

Pour la bien réussir, nous recommandons les précautions suivantes : avec un ou deux grammes de salive déposés sur une capsule de porcelaine plate, une soucoupe, par exemple, on chauffe légèrement au-dessus d'une lampe à alcool, de manière à amener la dessiccation du liquide sans déterminer d'ébullition et sans laisser jaunir le dépôt. Aussitôt la dessiccation produite, passer très légèrement sur le dépôt salivaire une baguette de verre humectée d'acide azotique, puis immédiatement une autre baguette humectée d'ammoniaque en solution : l'exposition aux vapeurs d'ammoniaque suffit quelquefois quand la quantité d'acide urique est faible.

Trop d'acide azotique ou trop d'ammoniaque nuisent à la réaction. Si la salive renferme de l'acide urique, on voit se produire la coloration pourpre caractéristique, souvent avec une intensité de coloration presque égale à celle que donne l'urine diurne traitée de la même manière.

La comparaison entre la réaction de la murexide et les procédés cliniques de recherche de l'acide urique (précipitation de l'acide urique par les acides forts, cristallisation sur un fil, etc.) nous ont montré que la présence de la mucine, qui entrave déjà la réaction de la murexide dans une certaine mesure, s'oppose dans de bien plus fortes proportions à la précipitation de l'acide urique de ses solutions. C'est en se basant sur la non-précipitation de l'acide urique qu'on a pu nier la présence de l'acide urique dans certains liquides, et en même temps nier la nature uricémique des affections qui les ont produits. Tous les uricémiques n'éliminent pas leur excès d'acide urique par la salive, mais, chez les sujets qui l'éliminent par leur salive, on trouve dans cette élimination des indications de la plus haute importance :

1° Pour le diagnostic de l'état d'uricémie;

2° Pour la prophylaxie des accidents d'intoxication uricémique imminents;

3° Pour la direction du traitement quand les accidents d'intoxication se sont produits;

4° Pour le choix de la voie d'élimination thérapeutique de l'acide urique en excès;

5° Pour la connaissance du moment où a cessé l'état d'uricémie;

6° Pour le choix formel d'un régime alimentaire et d'une hygiène antiuricémiques;

7° Pour la connaissance des résultats quotidiens de la thérapeutique, de l'alimentation et de l'hygiène prescrites. »

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Quelques considérations sur le traitement de la diphthérie*, par le docteur P. Landowski. — Parmi les opinions diverses sur la nature de la diphthérie, la tendance actuelle est d'en faire une maladie à microbes; seulement jusqu'ici, le grand coupable, c'est-à-dire le microbe, est encore à trouver. Ni les travaux des histologistes allemands, ni ceux de Cornil, ne permettent de fixer l'étiologie de la diphthérie d'une manière définitive. Relativement au traitement, l'auteur a employé avec succès, comme topique, la glycérine phéniquée (4 à 5 grammes d'acide pour 30 de véhicule) et les injections d'eau sucrée phéniquée (1 gramme par litre). Comme antiseptique, il a fait usage du benzoate de soude dans les cas où la fièvre était modérée, et du salicylate de soude dans ceux où elle était intense.

La pilocarpine a une action variable, suivant les individus. Tantôt elle produit la salivation

seule; tantôt la salivation avec transpiration. Dans un cas, elle ne donna lieu, ni à l'un ni à l'autre de ces phénomènes. De plus, son action est limitée sur les fausses membranes des amygdales. Elle ne contribue pas, par conséquent, à l'élimination de celles du larynx; elle ne peut donc suppléer à la trachéotomie. Elle n'est utile qu'en faisant usage des toniques! sinon, elle produit l'adynamie, et par conséquent il faut éviter son emploi chez les enfants affaiblis. Dans le croup, la pilocarpine ne donne aucun résultat; tandis que dans l'angine diphthérique elle est utile; ce fait s'explique par son mode d'action qui est purement mécanique sur les pseudo-membranes du pharynx, et non spécifique contre l'affection.

Les inhalations d'oxygène sont un puissant auxiliaire dans les cas où l'hématose est incomplète. C'est un moyen de prévenir ou de retarder l'asphyxie et de gagner du temps pour se préparer à la trachéotomie. (*Journ. thérap.*, p. 485, 10 juillet 1881.) — Ch. E.

*Organes génitaux et variole*, par le docteur BARTHELEMY. — Les retentissements de la variole sur les organes génitaux existent chez l'homme et chez la femme, mais l'importance en est plus grande chez cette dernière; telles sont, par exemple, les varioles puerpérales et fœtales.

Chez l'homme, on observe quelquefois de la balanite, de l'œdème du scrotum, de l'orchite varioleuse sans blennorrhagie persistante, localisée plutôt sur le corps du testicule que sur l'épididyme. Parfois l'auteur a vu du gonflement parotidien primitif se montrer après l'éruption et se terminer par résolution graduelle. Ce sont donc là des oreillons varioliques.

Les organes génitaux de la femme sont le siége des complications varioliques les plus importantes. La *vulve* est quelquefois atteinte d'ulcération, d'inflammations (*vulvite variolique* d'Hérard), d'abcès et de gangrène. La muqueuse vaginale n'a jamais été signalée comme le siége d'une éruption variolique.

Le retentissement de la variole sur l'utérus et sur les ovaires est un fait incontestable, qu'il soit le résultat de l'action spéciale du virus ou bien l'effet de l'hyperthermie. La métrite variolique n'a cependant pas été constatée dans les observations; son existence est donc hypothétique. L'ovarite variolique a été étudiée par M. Desnos.

Les modifications fonctionnelles imprimées à l'appareil génital dépendent peut-être de l'âge de la femme. Avant la puberté, les épistaxis utérines n'ont pas été signalées; cependant, d'après les communications orales qui ont été faites à l'auteur, des troubles de ce genre existeraient quelquefois. Chez la femme adulte, d'après la remarque de Gubler, les *règles sont avancées* et cette action hémorrhagique, comme le prouvent de nombreuses observations, n'est pas particulière aux varioles graves. Elle ne coïncide ni avec l'hyperthermie, ni avec l'existence antérieure d'affections utérines; de plus, comme l'ovulation récente n'a été rencontrée que dans une seule nécropsie, il n'y a pas lieu de croire que l'écoulement sanguin constitue des menstrues véritables. Toutefois, l'état actuel de la science ne permet pas de fixer la pathogénie exacte de ces phénomènes. La seule conclusion certaine, c'est la fréquence des hémorrhagies utérines pendant la variole, hémorrhagies qui sont contemporaines de l'éruption et indépendantes de l'acuité de la maladie. (*Ann. de gynécologie*, t. XV, p. 23, juillet 1881.) — Ch. E.

*De l'homotropine et de son action sur l'œil*, par le docteur GALEZOWSKI. — Ladenburg est parvenu, il y a quelques mois, à dédoubler l'atropine en un acide, l'acide tropique, et une base, la tropine. L'homotropine est une combinaison de l'acide amygdalique et de la tropine, sous l'influence de l'acide chlorhydrique. Par son union avec les acides, l'homotropine se comporte comme une base et donne des sels dont les propriétés mydriatiques sont très puissantes.

Sous l'influence de ces sels, on obtient la dilatation pupillaire pendant quinze à vingt heures, l'accommodation demeurant intacte; ce qui permet de les substituer avec avantage à l'atropine dans les examens ophthalmoscopiques et les instillations prolongées. De plus, ils ne provoqueraient pas, chez certains individus, les conjonctivites et les eczémas, qui résultent quelquefois des propriétés irritantes locales de la duboisine et de l'atropine. L'homotropine est donc un mydriatique puissant, dont l'étude encore incomplète mérite d'être poursuivie au point de vue clinique et physiologique. (*Journ. de thérap.*, 25 février 1881, p. 121.) — Ch. E.

*Malarial paralysis* (paralysie de cause paludéenne), par Louis-Edward DELMEGE. — Les trois observations dont il s'agit ont été prises à la Jamaïque. Les phénomènes dont elles contiennent le récit sont imputables à la malaria et ont des ressemblances avec l'ataxie locomotrice progressive de Duchenne (de Boulogne); mais elles en diffèrent par la soudaineté des symptômes de début (surdité, diminution de la vision, incoordination plus ou moins complète des mouvements, perte d'équilibre dès que le malade progresse sans faire usage de la vue; impossibilité de marcher en ligne droite; mouvements spasmodiques des membres inférieurs. Enfin le caractère devient irritable. Ces symptômes se montrent dans les districts où les fièvres palustres sont endémiques, après la saison des pluies; enfin ils sont périodiques, augmentent

et diminuent à certaines heures de la journée, et sont plus rares chez les enfants que chez les adultes d'âge moyen. La quinine, le quinquina, l'arsenic, sont les moyens de traitement les plus efficaces. (*The Dublin. journ. of med. scient.*, 7 mai 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

Injections hypodermiques contre l'anthrax. — Lindermann.

| | |
|---|---|
| Acide phénique. . . . . . . . . . . . . . | 2 grammes. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . | 100 — |

Faites dissoudre. — Dans un cas grave d'anthrax qui s'étendait de plus en plus, malgré de larges incisions, l'auteur fit des ponctions profondes avec un ténotome, puis toutes les heures, des injections hypodermiques avec la solution phéniquée, tout autour du mal. Au bout de 3 jours, l'œdème et l'induration diminuèrent, et on put pratiquer les injections à plus longs intervalles. — N. G.

## COURRIER

Le Doryphora en Belgique. — Un journal agricole belge, intitulé la *Gazette des Campagnes*, annonce dans son numéro du 7 août, que l'insecte qui a exercé tant de ravages sur les pommes de terre en Amérique, le *Doryphora decemlineata*, a pénétré en Belgique malgré toutes les précautions prises par le gouvernement, et que sa présence a été constatée dans l'arrondissement à Nivelles, province du Brabant. Le lieu qu'on dit infecté est trop voisin de la frontière française pour que des mesures ne soient pas prises par le gouvernement pour s'éclairer d'abord et exécuter ensuite la loi du 15 juillet 1878, qui l'a armé de pouvoirs spéciaux en prévision du cas qui paraît se présenter.

Il est probable que le concours international d'Anvers, qui vient de s'ouvrir, nous donnera des renseignements tout à fait précis et certains sur ce sujet, qui intéresse au plus haut point l'agriculture et la consommation française.

Tremblements de terre dans le bassin du Rhône. — De petits tremblements de terre ont eu lieu le 22 juillet dernier, entre minuit et trois heures du matin, sur une grande étendue du bassin du Rhône et sur la Suisse. La plus forte secousse, ressentie à Lyon vers deux heures quarante minutes du matin, paraît avoir été observée à peu près au même instant à Valence, Grenoble, Uriage, Allevard, Chambéry, Annecy, Genève, Lyon, Mâcon, Chalon-sur-Saône, Lons-le-Saulnier et dans les cantons suisses de Vaud, Neufchâtel, Fribourg, Berne et Argovie. A Chambéry, un grand bruit souterrain a jeté l'effroi dans la population, et quelques craquements ont été entendus à Annecy et à Allevard; mais rien de pareil n'a été observé à Lyon ou à Genève. On a constaté sur divers points que des constructions peu solides avaient été lézardées, mais il n'y a eu nulle part des dégâts sérieux et le mouvement oscillatoire ne paraît pas s'être étendu aux couches profondes de l'écorce terrestre.

Ce tremblement de terre non volcanique, qui ressemble à plusieurs autres observés précédemment dans les Alpes par la génération actuelle, paraît être dû principalement à une cause météorologique. Toute la région dans laquelle il a été observé, depuis Bâle jusqu'à Valencea éprouvé pendant la première moitié de juillet une sécheresse intense qui a considérablement diminué le débit de tous les cours d'eau non alimentés par les glaciers et de toutes les sources. A partir du 15 juillet, de nombreux orages se succédant, à courts intervalles, ont versé d'énormes quantités d'eau sur toutes ces régions montagneuses; le régime des eaux souterraines a été ainsi modifié brusquement; certaines couches salées, argileuses, ou simplement meubles, ont dû être entraînées, et c'est probablement à cette cause qu'il convient d'attribuer l'effondrement très faible qui s'est produit à la même heure sur une grande étendue de pays.

Volcan de boue. — L'*Italie centrale*, de Reggio, annonce que le plus remarquable de tous les volcans de boue de la province d'Émilie, la Salsa de Questola, manifeste depuis quelques jours un accroissement extraordinaire d'énergie, et effraie grandement les habitants du voisinage. On entend dans toute la plaine d'alentour des bruits souterrains intenses, des laves incandescentes s'élancent à une hauteur de plusieurs mètres, et l'on signale des tremblements de terre.

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

**STÉNOSE PULMONAIRE, AVEC COMMUNICATION DES DEUX VENTRICULES; CYANOSE TARDIVE ET INTERMITTENTE. — TUBERCULISATION PULMONAIRE ULTIME.**

Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 mars 1881

Par le docteur FÉRÉOL, médecin de l'hôpital Beaujon.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

Au point de vue de l'auscultation d'abord, les lésions rendent très bien compte de ce qui a été observé. Il est évident, eu égard à l'hypertrophie énorme du ventricule droit, que le cours du sang était établi du ventricule droit vers le gauche; le bruit de souffle à maximum situé dans le troisième espace intercostal et à direction descendante et externe, est en concordance parfaite avec le siège de la perforation, et la direction de l'ondée sanguine passant du ventricule droit dans le gauche, et se dirigeant vers la pointe gauche.

En outre, la perforation de la cloison ventriculaire se trouve assez près du rétrécissement pulmonaire pour que le souffle dû à cette dernière lésion se soit confondu avec celui de la première; tous les deux, en effet, se passaient au premier temps, couvrant la systole; et l'intensité du souffle inférieur (perforation) compliqué de frémissement cataire, ne permettait pas de distinguer nettement le souffle supérieur (rétrécissement pulmonaire).

Enfin, les végétations et l'épaississement de la mitrale expliquent suffisamment le souffle autochtone, à timbre spécial, de la pointe du cœur.

Sous ce rapport, les résultats de l'autopsie sont aussi clairs et aussi nets que possible.

En est-il tout à fait de même au point de vue de l'âge de la lésion, de son évolution, et ce fait peut-il jeter un certain jour sur la question difficile et toujours en litige de la cyanose?

Si ce fait pathologique avait pu être observé scientifiquement au début de la vie de ce jeune garçon, et s'il avait pu être suivi (chose rare) pendant toute la durée de son existence, il aurait à coup sûr une importance considérable.

A défaut de ces renseignements, nous ne pouvons faire que des conjectures.

Ordinairement, dans des cas analogues on admet que le rétrécissement pulmonaire est la lésion primitive, et qu'elle naît pendant la vie fœtale sous l'influence d'une endocardite spéciale; puis, conformément à une loi générale, le muscle cardiaque s'hypertrophie en amont de l'obstacle; et sous l'influence de cette hypertrophie, la rupture de la cloison interventriculaire s'opère et le mélange des deux sangs s'établit. (Morgagni, Louis, Bérard, Grancher, Lancereaux.)

Rien de plus logique que cette explication, à coup sûr.

Toutefois, remarquons une chose : lorsque l'évolution pathologique s'est faite de cette manière, quel est le point de la cloison qui cède à la pression sanguine et se laisse perforer? C'est précisément le point que Peacock a désigné sous le nom de *undefended space*, l'espace mal défendu, le septum membraneux, qui est aussi le point où la séparation des deux cœurs s'achève, se complète. En sorte que l'endocardite pulmonaire, si elle se produit de bonne heure chez le fœtus, trouve la cloison incomplète en ce point; ce n'est plus dès lors une perforation à effectuer, c'est seulement une soudure à empêcher. Et en fait, c'est presque toujours au niveau du septum membraneux que l'on constate la communication anormale des deux ventricules, lorsqu'il existe une sténose pulmonaire.

Or, il n'en est pas ainsi dans le cœur que je présente à la Société. Le septum membraneux est distendu; il a des dimensions *extraordinaires*; on voit qu'il a souffert une pression considérable qui s'est exercée du ventricule droit vers le gauche, mais il a résisté. Et la perforation est située au-dessous du septum, au milieu des colonnes charnues considérablement hypertrophiées de la cloison.

Il y a là quelque chose de bien particulier.

Or, si l'on rapproche cette circonstance insolite de ce fait que la première jeunesse du malade a été absolument exempte de toute espèce de trouble circulatoire, que c'est seulement à partir de l'âge de 18 ans qu'il a commencé à avoir de l'oppression, de la toux, que la cyanose n'est apparue que plus tard encore, et enfin que la tuberculisation pulmonaire ne remonte pas à plus de dix-huit mois, il est bien permis de se demander si l'ordre des lésions n'a pas été, dans ce cas, inverse de celui qu'on admet en général. Dans cette hypothèse, la perforation ventriculaire serait primitive; elle serait restée isolée pendant plus ou moins longtemps, reproduisant le type clinique qui a été décrit par M. Henri Roger. Puis la sténose pulmonaire se serait produite secondairement et aurait entraîné avec elle l'hypertrophie droite, la stase sanguine, la cyanose, et consécutivement la tuberculisation pulmonaire tardive.

Malheureusement tout cela n'est qu'une hypothèse. Il faut bien avouer que si elle rend assez bien compte de certaines particularités de l'observation, les faits peuvent également s'accommoder d'une tout autre interprétation.

En effet, il n'est pas sans exemple que la perforation congénitale de la cloison ventriculaire ait été observée ailleurs qu'au niveau du septum membraneux; on l'a notée même dans le voisinage de la pointe du cœur, et les causes qui la déterminent dans ces cas échappent à notre appréciation.

Il n'est pas rare non plus de voir des lésions congénitales du cœur, même avec mélange des deux sangs, compatibles avec une existence prolongée (cas de Bouillaud, 39 ans), et cela même sans que la cyanose se manifeste. C'est ainsi que l'une des conclusions du mémoire de M. Roger est que la communication des deux ventricules et le mélange des deux sangs ne produisent pas la cyanose, lorsqu'il n'y a pas de rétrécissement pulmonaire concomitant; et comme, d'un autre côté, M. Constantin Paul formule cette loi, que le rétrécissement de l'artère pulmonaire ne produit pas la cyanose, il semblerait qu'on est en droit de conclure que la cyanose se produira toutes les fois que les deux lésions coïncident.

Or, ainsi formulée, cette conclusion serait inexacte, et notre observation le prouve très nettement, puisque dans ce cas les deux lésions ont assurément coexisté sinon toujours, du moins assurément fort longtemps, et que la cyanose est apparue tardivement et pendant très longtemps d'une manière intermittente.

Notre observation a donc une certaine importance en ce qu'elle peut servir à élucider la question de physiologie pathologique qui divise encore les auteurs à cet égard. On sait, en effet, que deux théories sont en présence : la théorie du mélange des deux sangs, imaginée par Gintrac, et soutenue encore avec talent dans le Dictionnaire de M. Jaccoud par M. Gintrac fils; et la théorie mécanique de la stase sanguine, qui réunit aujourd'hui les suffrages de la majorité des médecins.

Or, dans le cas que je communique aujourd'hui à la Société, il est bien certain que depuis un temps très long et qui remonte au moins à plusieurs années, le mélange des deux sangs s'opérait incessamment à travers la perforation ventriculaire, le sang noir allant se mélanger au sang rouge sous la double action du rétrécissement pulmonaire et de l'hypertrophie ventriculaire droite. Si donc, dans ce cas, la cyanose n'était pas constante, ne devient-il pas évident que l'apparition du phénomène dépend d'une autre cause, que du mélange des deux sangs? Et quelle pourrait être cette cause, sinon la différence de pression existant entre les deux systèmes sanguins? En d'autres termes, toutes les fois que chez notre malade, par suite d'une cause ou d'une autre, la pression venait à s'abaisser dans le système à sang noir, la cyanose apparaissait; toutes les fois que l'équilibre se rétablissait entre les deux systèmes, elle cessait de se montrer. Ce qui revient à dire qu'ici, comme dans toutes les affections cardiaques, l'hypertrophie du cœur joue un rôle compensateur; et si la cyanose chez notre malade a été si lente à se montrer, c'est précisément peut-être que l'hypertrophie a été contemporaine des débuts de la lésion et a pu atteindre des proportions considérables, en rapport avec les progrès de la sténose pulmonaire.

De ce qui précède, il résulte qu'on aurait tort de croire que la cyanose ne peut se

rencontrer dans le rétrécissement congétinal ou acquis de l'artère pulmonaire. La proposition de M. C. Paul entendue dans ce sens ne serait pas exacte. Et comme le fait remarquer M. Grancher (Dictionnaire des sciences médicales), on peut relever dans le mémoire même de M. C. Paul trois cas où la cyanose est notée. Il faut donc comprendre cette proposition, et c'est ainsi, je pense, que M. C. Paul l'a entendue, de la façon suivante : le rétrécissement pulmonaire étant compatible avec des conditions de circulation (hypertrophie du ventricule droit) qui rendent la cyanose impossible, il ne faut pas exiger parmi les symptômes la présence de la cyanose pour diagnostiquer un rétrécissement pulmonaire.

De même il serait aussi fort possible qu'une simple perforation de la cloison ventriculaire, sans sténose pulmonaire, fût accompagnée de cyanose, contrairement à la proposition trop absolue de M. Roger. Il suffirait pour cela que l'équilibre de pression fût changé dans l'un des deux systèmes; le fait peut dépendre d'un rétrécissement d'orifices, et c'est ainsi, en effet, qu'il se produit le plus souvent; mais il pourrait se produire par un autre mécanisme (emphysème, pleurésie, etc.).

En résumé, et cette conclusion est celle à laquelle se rattachent, comme je l'ai dit, la plupart des auteurs modernes (Grancher, Lancereaux, Jaccoud, etc.), c'est la théorie de la stase mécanique qui rend le mieux compte de la cyanose, et l'hypertrophie ventriculaire est le régulateur qui tend à la compenser et qui y arrive souvent pendant des temps considérables, quelquefois pendant la vie entière.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## AVRIL, MAI ET JUIN 1881

### RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 août 1881 (1)

Par M. Ernest BESNIER.

### V. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

Pour la seconde fois, ainsi que nous l'avons dit, et vraisemblablement sous la même influence, la fièvre typhoïde a subi, hors tour, une exacerbation inconnue dans les périodes correspondantes des années antérieures, et toute contraire à la loi saisonnière. Mais cette anomalie hivernale, liée à des conditions également anomales, et propres à une localité en particulier, n'empêche pas la maladie de subir son déclin printanier.

| Fièvre typhoïde A PARIS Mortalité comparée du Ier et du IIe trim. de 1872 à 1881. | ANNÉES 1872 | 1873 | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | 1879 | 1880 | 1881 | TOTAUX Mensuels | et trimestriels. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janvier | 91 | 84 | 51 | 55 | 94 | 141 | 73 | 84 | 137 | 297 | 1107 | 3405 |
| Février | 102 | 80 | 48 | 66 | 54 | 118 | 49 | 92 | 333 | 256 | 1198 | |
| Mars | 90 | 76 | 43 | 62 | 68 | 102 | 55 | 143 | 274 | 187 | 1100 | |
| Totaux trimestriels. | 283 | 240 | 142 | 183 | 216 | 361 | 177 | 319 | 744 | 740 | | |
| Avril | 69 | 69 | 41 | 79 | 72 | 69 | 56 | 92 | 168 | 124 | 839 | 2215 |
| Mai | 43 | 52 | 45 | 68 | 45 | 80 | 40 | 51 | 174 | 152 | 750 | |
| Juin | 51 | 35 | 53 | 89 | 53 | 47 | 45 | 48 | 108 | 97 | 626 | |
| Totaux trimestriels. | 163 | 156 | 139 | 236 | 170 | 196 | 141 | 191 | 450 | 373 | | |

Le tableau suivant montre dans toute sa netteté le déclin normal et régulier de la maladie au printemps, bien que sa morbidité et sa mortalité restent de plus d'un

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 27 et 30 août.

tiers supérieures à la moyenne de la période correspondante des dix années antérieures précédentes, que nous avons mises en regard dans le tableau précédent

**1° Statistique de la ville.**

| **Fièvre typhoïde** à PARIS (1) — Année 1881 — Premier et deuxième trimestres. Arrondissements, mois, trimestres. | 1 Louvre. | 2 Bourse. | 3 Temple. | 4 Hôtel-de-Ville. | 5 Panthéon. | 6 Luxembourg. | 7 Palais-Bourbon. | 8 Elysée. | 9 Opéra. | 10 Saint-Laurent. | 11 Popincourt. | 12 Reuilly. | 13 Gobelins. | 14 Observatoire. | 15 Vaugirard. | 16 Passy. | 17 Batignolles. | 18 Montmartre. | 19 Chaumont. | 20 Ménilmontant. | TOTAUX MENSUELS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Premier trimestre 1881. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Janvier | 15 | 9 | 16 | 11 | 8 | 13 | 25 | 4 | 15 | 24 | 34 | 35 | 6 | 3 | 8 | 2 | 8 | 25 | 27 | 9 | 297 |
| Février | 8 | 3 | 8 | 15 | 16 | 16 | 22 | 15 | 10 | 28 | 22 | 24 | 6 | 1 | 8 | » | 8 | 14 | 23 | 9 | 256 |
| Mars | 5 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 16 | 11 | 6 | 18 | 14 | 9 | 9 | 8 | 11 | 4 | 19 | 6 | 16 | 1 | 187 |
| Totaux | 28 | 19 | 31 | 33 | 30 | 36 | 63 | 30 | 31 | 70 | 70 | 68 | 21 | 12 | 27 | 6 | 35 | 45 | 66 | 19 | 740 |
| Deuxième trimestre 1881. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avril | 1 | 3 | 1 | 9 | 9 | 5 | 8 | 11 | 2 | 9 | 9 | 8 | 5 | 10 | 2 | 6 | 7 | 9 | 7 | 3 | 124 |
| Mai | 9 | 6 | 2 | 2 | 11 | 5 | 1 | 8 | 4 | 11 | 10 | 5 | 4 | 6 | 11 | 11 | 12 | 18 | 11 | 5 | 152 |
| Juin | 6 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 7 | 5 | 6 | 10 | 7 | 3 | 2 | 7 | 4 | 7 | 7 | 6 | 3 | 97 |
| Totaux | 16 | 12 | 7 | 14 | 23 | 12 | 11 | 26 | 11 | 26 | 29 | 20 | 12 | 18 | 20 | 21 | 26 | 34 | 24 | 11 | 373 |

(1) Il faut ajouter pour les décès de « domiciliés hors Paris » 9 en janvier, 14 en février, 21 en mars, 15 en avril, 24 en mai, 12 en juin.

**2° Statistique des hôpitaux.**

Non-seulement la morbidité typhoïde diminue régulièrement au printemps, mais la mortalité absolue et la mortalité relative subissent un abaissement proportionnel. La statistique des hôpitaux, dont nous établissons le détail dans les colonnes ci-dessous, le démontre chaque année.

| **Fièvre typhoïde** dans les hôpitaux de Paris — Année 1881. — IIe trim. | MOUVEMENT (1) | | | | DÉCÈS | | | | TOTAUX | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Mensuels | | Trimestriels | | |
| Morbidité et mortalité, âge, sexe. | H. | F. | G. | F. | H. | F. | G. | F. | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Prop. p. 100 |
| Avril | 183 | 108 | 14 | 17 | 33 | 16 | 3 | 4 | 322 | 56 | 861 | 176 | 20 |
| Mai | 178 | 116 | 12 | 16 | 36 | 32 | 2 | 2 | 318 | 72 | | | |
| Juin | 119 | 77 | 11 | 14 | 20 | 20 | 3 | 5 | 221 | 48 | | | |
| Totaux | 480 | 301 | 37 | 47 | 89 | 68 | 8 | 11 | | | | | |

(1) H. F. G. F. abrév. pour hommes, femmes, garçons, filles.

HÔPITAL COCHIN. — M. Bucquoy : « La maladie aiguë qui s'est montrée avec le plus de fréquence a été encore la *fièvre typhoïde* dont nous continuons toujours à observer un nombre plus considérable que les années précédentes à pareille époque.

Depuis le mois d'octobre, l'épidémie a changé de caractère; elle reste toujours assez bénigne et nous ne voyons qu'exceptionnellement des malades offrant l'habitude extérieure des typhiques gravement atteints. Mais tandis que, d'octobre à janvier, nous signalions la fréquence remarquable des rechutes qui étaient dans la proportion de plus de moitié, maintenant nous n'observons plus de rechutes au moment de la convalescence.

Dans le premier trimestre de cette année, j'ai été frappé de la fréquence de la forme abortive : 4 ou 5 malades au moins, après avoir offert des taches et tous les symptômes de la fièvre typhoïde, entrèrent complètement en convalescence, les uns à partir du septième, les autres du douzième jour de la maladie, sans offrir les oscillations de la dernière période.

Dans ce trimestre enfin, nous avons remarqué la durée un peu prolongée de la fièvre

typhoïde, et les grandes oscillations de la fin plutôt exagérées, au moins dans 3 de nos observations.

Ces cas de fièvre typhoïde sont au nombre de 13. Un cas assez grave chez une femme enceinte de 7 mois; l'accouchement prématuré se fit à la fin de la maladie, l'enfant vécut une heure. L'entrée en convalescence sembla précipitée chez cette malade, comme on l'observe quelquefois à la suite d'hémorrhagies intestinales.

Malgré la bénignité générale de ces fièvres typhoïdes, j'eus 3 cas de mort, ce qui donne la proportion considérable de presque 1 sur 4.

La cause de la mort dans les 3 cas mérite d'être signalée. Tous les 3 eurent dès le début une albuminurie abondante, et succombèrent avec la forme ataxo-adynamique. Les lésions rénales étaient celles décrites dans ces derniers temps sous le nom de *néphrite infectieuse* par notre collègue le professeur Bouchard. Cette complication me paraît jouer un rôle important dans le pronostic de la maladie. »

Hôpital du Val-de-Grace. — M. Kiéner : « La fièvre typhoïde a fourni le contingent mensuel ordinaire, sans affecter un caractère épidémique. J'ai obtenu, durant cette période, des résultats satisfaisants du traitement par les bains froids, que j'emploie depuis nombre d'années, comme médication générale sinon exclusive, dans tous les cas où la température se maintient au-dessus de 39° pendant plusieurs jours. Trois à quatre jours de ce traitement ont suffi, dans une dizaine de cas, à abaisser la température à 38°, et la durée moyenne de ces cas n'a pas dépassé quinze jours. J'ai cependant eu à enregistrer un cas d'insuccès; les bains froids sont restés sans action sur la fièvre, qui, dépassant 40°, s'est accompagnée de symptômes ataxo-adynamiques et s'est terminée par la mort au douzième jour. »

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Labric. Note de M. Beclère, interne du service.

« 13 cas de fièvre typhoïde ont été observés dans le service de M. Labric, pendant le second trimestre de l'année 1881.

7 enfants ont guéri, âgés de 4 ans, 5 ans et demi, 7 ans, 10 ans, 11 ans, 13 ans et 14 ans. De ces enfants qui ont guéri, 3 ont présenté quelque complication; l'un, âgé de 10 ans, a fait une rechute; un autre, âgé de 13 ans, a pris la scarlatine dans le cours de la fièvre typhoïde; un autre enfin, âgé de 14 ans, a eu une vaste eschare au niveau de la région sacrée, qui a mis le sacrum à nu.

Des 6 enfants qui sont morts, trois ont succombé aux progrès de la maladie initiale; deux, âgés l'un de 3 ans, l'autre de 10 ans et demi, présentant la forme hyperthermique de la maladie, sont morts dans le courant du second septénaire; le troisième, âgé de 10 ans, est mort dans le courant du troisième septénaire d'une syncope due à la dégénérescence graisseuse du myocarde. Les trois autres enfants, qui ont succombé, sont morts du fait d'une maladie intercurrente : l'un, âgé de 10 ans, a fait une rechute et dans le cours de cette rechute a été atteint de rougeole avec catarrhe bronchique interne et broncho-pneumonie; les deux autres, âgés l'un de 9 ans, l'autre de 10 ans, sont morts du fait de la diphthérie; le premier dans le cours même de la fièvre typhoïde a été atteint d'angine diphthérique et de croup, et en même temps d'une pleuro-pneumonie gauche; le second, âgé de 10 ans, atteint de croup alors que depuis plusieurs jours la fièvre avait pris fin, a été opéré et est mort 6 heures après la trachéotomie. »

Hôpital Trousseau.—M. Bergeron. M. A. Netter, interne du service : « 92 cas; 11 décès. Les cas de fièvre typhoïde ont été surtout nombreux en janvier, février et mars (72 cas). Ils étaient rares en avril et mai. Depuis la fin de mai, 12 malades, sur les 20 de tout le trimestre, sont entrés dans les salles.

Un grand nombre de rechutes ont été observées. Beaucoup de cas présentaient la forme ataxique ou ataxo-adynamique, surtout chez les filles, qui comptent 7 décès sur 11.

Les taches rosées ont plus souvent manqué (trois fois sur quatre). Sur les 11 décès, il en est dû 1 à la diphthérie; 1 à des hémorrhagies multiples survenant à la fin de la convalescence; 1 à une périchondrite laryngée avec œdème de la glotte; 3 à la pneumonie.

Il n'y eut, dans aucun cas, ni péritonite ni perforation. Un seul cas fut contracté dans le service. Plusieurs fois il y eut en même temps dans la salle plusieurs enfants de la même maison (une fois trois frères). »

## APPENDICE

**Aperçu des principales maladies régnantes observées dans diverses villes de France pendant le deuxième trimestre de 1881.**

BORDEAUX. — M. ARNOZAN.

« Pendant ces trois mois, le nombre des morts va en croissant d'une façon presque régu-

lière (avril, 378 ; mai, 427 ; juin, 466). Mais comme le mois d'avril avait présenté une diminution de 79 décès sur le mois de mars, il en résulte que la mortalité totale du trimestre reste inférieure à celle du précédent.

En considérant chaque cause de décès en particulier, on est tout d'abord frappé de l'accroissement progressif de la variole. Cet accroissement si régulier (11 — 17 — 28) devient plus inquiétant encore, quand on se reporte aux statistiques des mois précédents et quand on reconnaît que, depuis plus de dix-huit mois, il a marché d'un pas régulier jusqu'en juin dernier, où il a pris brusquement des allures plus rapides. L'épidémie variolique est donc incontestable; elle procède jusqu'à présent par foyers isolés; on cite telle maison où il y a eu 9 cas, telle autre où l'on en a compté 14. Les habitations pauvres, où l'encombrement multiplie les contacts et les chances de propagation, sont de beaucoup les plus frappées; cependant quelques cas ont été signalés dans les quartiers les plus favorisés de la ville au point de vue de l'hygiène.

Les Administrations préfectorale, municipale et hospitalière se préoccupent de cet état et songent à prendre des mesures efficaces. La première est le transport des varioleux hors de l'hôpital Saint-André, où ils constituent un danger permanent pour la ville et pour l'hôpital même, dans lequel les cas intérieurs sont toujours très nombreux. La seconde est l'institution de vaccinations publiques sur plusieurs points de la ville. En 1875, dans des circonstances analogues à celles d'aujourd'hui, ces mêmes mesures firent avorter l'épidémie. La statistique du prochain trimestre nous dira si elles auront eu les mêmes effets contre l'épidémie actuelle.

La diphthérie, sous forme de croup ou d'angine couenneuse, oscille assez irrégulièrement (11 — 18 — 11); en somme, elle a fait deux victimes de plus que dans le trimestre précédent. Le choléra infantile a fait son apparition avec les chaleurs des derniers jours du mois de juin. Ce mois s'est encore fait remarquer par un assez grand nombre de cas de diarrhée et d'embarras gastrique, ainsi que de rhumatisme articulaire aigu, d'érysipèles de la face, et de varicelle. »

*Principales causes de décès.*

| | Avril. | Mai. | Juin. | Totaux. |
|---|---|---|---|---|
| Variole | 11 | 17 | 28 | 56 |
| Rougeole | 9 | 3 | 3 | 15 |
| Scarlatine | 2 | 2 | 1 | 5 |
| Fièvre typhoïde | 6 | 2 | 5 | 13 |
| Croup et angine couenneuse | 11 | 18 | 11 | 40 |
| Coqueluche | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Fièvre puerpérale | 2 | 2 | 1 | 5 |
| Dysenterie | 2 | 1 | » | 3 |
| Bronchite | 13 | 6 | 10 | 29 |
| Catarrhe pulmonaire | 13 | 12 | 15 | 40 |
| Pneumonie et pleurésie | 23 | 32 | 28 | 83 |
| Choléra infantile | » | » | 28 | 28 |
| Diarrhées | 3 | 5 | 12 | 20 |
| Phthisie pulmonaire | 67 | 85 | 60 | 212 |

MARSEILLE. — M. GUICHARD DE CHOISITY.

1° *Mortalité des principales affections régnantes* (318,868 habitants).

| MALADIES | Ier TRIM. 1881. — 2478 Décès. | DEUXIÈME TRIMESTRE. Avril. — 702 Décès. | Mai. — 704 Décès. | Juin. — 720 Décès. | TOTAUX du IIe trim. — 2126 Décès. |
|---|---|---|---|---|---|
| Variole | 40 | 7 | 8 | 6 | 21 |
| Rougeole | 15 | 6 | 6 | 7 | 19 |
| Fièvre typhoïde | 64 | 14 | 24 | 34 | 72 |
| Entérites, diarrhées | 94 | 25 | 41 | 77 | 143 (1) |
| Croup | 128 | 37 | 27 | 24 | 88 |
| Bronchites | 75 | 29 | 21 | 18 | 68 |
| Pneumonies | 363 | 86 | 94 | 64 | 244 |
| Pleurésies | 17 | 6 | 2 | 2 | 10 |
| Tuberculose pulmonaire | 285 | 118 | 98 | 80 | 296 |

(1) Sur ce nombre, 105 enfants.

*2° Mouvement dans les hôpitaux.*

| MALADIES | AVRIL | | MAI | | JUIN | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sortis. | Décès. | Sortis. | Décès. | Sortis. | Décès. |
| Variole | 21 | 3 | 9 | 1 | 12 | 1 |
| Fièvre typhoïde | 22 | 2 | 23 | 5 | 21 | 12 |
| Entérites, diarrhées | 6 | 1 | 14 | 1 | 10 | 0 |
| Bronchites | 20 | 1 | 29 | 1 | 21 | 1 |
| Pneumonies | 14 | 12 | 29 | 6 | 14 | 7 |
| Pleurésies | 6 | 1 | 7 | 0 | 8 | 0 |
| Tuberculose pulmonaire | 51 | 34 | 63 | 16 | 27 | 23 |

« Le IIe trimestre de 1881 offre tout d'abord une diminution générale des décès : 2,126 décès (au lieu de 2,478) pour le trimestre précédent, et de 2,586 décès pour le trimestre correspondant de l'année 1880.

Marche franchement décroissante de la variole qui, après avoir donné 378 décès pendant le Ier semestre de 1880 et 197 pendant le IIe semestre, n'en a fourni que 61 pendant les six premier mois de 1881.

Les affections gastro-intestinales sont en recrudescence, comme à chaque retour des chaleurs : 72 décès de fièvre typhoïde et 143 décès d'entérite ou diarrhée, les décès d'enfants entrant pour trois quarts dans ce dernier chiffre. La période correspondante de l'année dernière avait donné 60 décès de fièvre typhoïde et 273 par suite de diarrhée ou entérite. Devons-nous mentionner spécialement 4 décès, 2 en mai et 2 en juin, déclarés comme étant dus au choléra sporadique? Il serait sans doute plus juste de les faire entrer sous la rubrique précédente, et il n'y a pas lieu de leur accorder une attention particulière.

Il faut remarquer encore, dans ce trimestre, le nombre considérable des décès par pneumonie, qui s'est maintenu à 244, lorsqu'il était descendu à 165 pendant les mois correspondants de l'année 1880. Ce résultat est certainement dû aux variations inattendues de la température pendant les mois de mai et juin.

Les moyennes barométriques ont été : 750.61 en avril; 757.01 en mai; 751.68 en juin.

Les moyennes thermométriques : 12°4 en avril; 15°8 en mai; 20° en juin. »

### TOULOUSE. — M. BONNEMAISON.

« La constitution atmosphérique, jusqu'au mois de juin, a été variable, avec persistance des vents du Nord; vers le milieu de juin, au contraire, les vents ont changé, et la température est devenue très chaude.

La constitution médicale a suivi docilement les influences climatériques, et nous avons vu les affections catarrhales persister pendant les deux premiers mois, ainsi que les névralgies et les rhumatismes. Les fièvres éruptives elles-mêmes, rougeole et scarlatine, ont continué de sévir épidémiquement, mais en perdant beaucoup de leur léthalité. La fièvre typhoïde qui, cette année, semble avoir été peu docile aux règles de son évolution annuelle, a continué de faire des victimes (12 en avril, 4 en mai et 7 en juin), reprenant ainsi, presque sans interruption, sa marche ascendante qui ne devra point s'abaisser désormais, puisqu'elle atteint en été son apogée ordinaire.

En passant, je mentionnerai ce fait, que les rhumatismes ont été, pendant tout le trimestre, graves, tenaces, compliqués et rebelles à toutes les médications classiques, même la médication salicylée.

Quant à la constitution médicale de la dernière partie du mois de juin, elle a pris franchement le caractère estival; nous avons pu constater la fréquence des affections gastro-intestinales, surtout chez les petits enfants, qui ont été moissonnés comme d'habitude par l'athrepsie.

En somme, la constitution médicale du deuxième trimestre n'a rien présenté d'anormal, sauf en ce qui concerne la fièvre typhoïde, et la mortalité a été relativement peu considérable. Le nombre des malades n'a d'ailleurs pas atteint sa proportion ordinaire. »

### AURILLAC. — M. RAMES.

« Comme éphémérides du temps, nous trouvons encore dans ce trimestre de brusques variations de température. Le mois d'avril, assez doux dans la première quinzaine, a été froid pendant la dernière; le mois de mai, généralement beau, a eu quelques journées très froides

dans la deuxième et troisième semaine ; dans le mois de juin, un retour de froid très vif s'est manifesté du 6 au 12, et a recouvert pour tout ce temps nos sommets montagneux d'une assez forte couche de neige.

Le mouvement pathologique a un élément en moins. Notre contingent militaire nous a quitté pour la plus grande part, et ce qu'il en reste (200 hommes environ), consistant surtout en officiers et sous-officiers, n'a plus fourni d'entrées à l'hôpital. Aussi, dans ce service, en fait de maladies aiguës dignes de ce nom, nous ne trouvons, dans le mois d'avril, que 2 scarlatines venues on ne sait d'où, 1 pleurésie et 1 fièvre typhoïde ; dans le mois de juin, 1 pneumonie centrale sur un soldat de remonte (9 juin) ; les autres affections étaient ou chroniques, ou de simples indispositions.

En ville, la mortalité a été moindre que dans le trimestre précédent ; au lieu de 122, 93 cas de mort seulement. Encore doit-on en distraire 7 enfants morts-nés.

Comme maladie infectieuse, nous trouvons en première ligne toujours la diphthérite. Elle a fourni 9 cas de mort, 3 par mois : 1er, 8 et 21 avril ; 6, 9 et 18 mai ; 21, 24 et 30 juin. Les cas se sont produits dans les conditions déjà dites et sur divers points de la ville.

Si nous en jugeons par nos impressions personnelles, l'affection perdrait peut-être de sa malignité. 5 cas avec aphonie, raucité de la toux allant parfois jusqu'au sifflement laryngo-trachéal, engorgement ganglionnaire et, chez la plupart, avec plaques sur l'isthme, ont cédé à l'émétique à effet vomitif d'abord, contro-stimulant après, aidé de potions au chlorate de potasse, de gargarismes au borax, de vésicatoires sur le larynx, sur la trachée, aussi de cataplasmes chauds souvent renouvelés. Des sueurs profuses sont apparues, et les accidents perdant de leur cachet spécifique ont tourné au catarrhe. La convalescence franche ne tardant pas à huit jours.

Après la diphthérite, la fièvre typhoïde a fourni 3 cas de mort, 1 dans chaque mois ; la coqueluche compliquée de bronchite 1 cas de mort en juin.

La pneumonie, dans la table des décès, intervient pour 5 cas : 2 en avril, 3 en juin.

Les enfants y sont au chiffre de 20. Aux cas de croup s'ajoutent 2 tuberculeux en avril, 4 athrepsies et 1 méningite en mai, 3 athrepsies et le cas de coqueluche en juin.

Tel est le bilan des maladies aiguës.

Nous rangerons les affections chroniques sous les chefs suivants :

Maladies de l'appareil cérébro-spinal : avril, 2 ; mai, 1 ; juin, 6 ; — de la circulation : avril, 4 ; mai, 3 ; juin, 1 ; — de la respiration : avril, 2 ; mai, 1 ; juin, 0 ; — digestif : avril, 1 ; mai, 3 ; juin, 0 ; — tuberculeux : avril, 3 ; mai, 5 ; juin, 3.

Plusieurs vieillards se sont éteints par épuisement ; 2 cas de mort par accident. »

CLERMONT-FERRAND. — M. BARBERET.

(Population militaire.)

« Pendant le 2e trimestre 1881, la température a oscillé entre — 3° et + 27° : moyenne + 12°. La couche d'eau tombée, abondante au mois d'avril (102mm en 17 jours de pluie), a été beaucoup moins considérable pendant les deux mois suivants. Sous l'action de vents fréquents du N, NO et S, le ciel a été fréquemment orageux. Ces conditions atmosphériques parfois très pénibles par leurs brusques variations, ont été plutôt favorables que contraires à la santé des troupes de la garnison de Clermont.

En général, l'état sanitaire n'a pas été mauvais, surtout si on le compare à celui du trimestre précédent. Le nombre des malades aux hôpitaux, à l'infirmerie et à la chambre s'est maintenu au-dessus de la moyenne habituelle ; en revanche, les maladies ont présenté moins de gravité.

Aucune maladie épidémique n'aurait sans doute été observée, si depuis le mois de novembre dernier il n'existait dans la population civile des foyers de contagion de fièvres éruptives, entretenus par l'insuffisance des mesures d'hygiène. La variole, la scarlatine et la rougeole ont atteint 33 militaires pendant ce trimestre. Mais il y a tout lieu de croire que l'évacuation des locaux infectés nécessitée par des exigences de service, amènera la fin de cette petite épidémie, qui est entrée du reste dans sa période de décroissance.

Les affections des voies respiratoires (bronchites, pneumonies, pleurésies), les rhumatismes, enfin les affections des voies digstives ont été les maladies dominantes de ce trimestre. Ainsi que nous l'avons dit, ces affections ont eu en général peu de gravité, sauf cinq cas d'érysipèles de la face qui ont présenté des symptômes fébriles intenses, du délire, un état saburral très marqué et une grande prostration. Les rhumatismes articulaires se sont montrés très tenaces malgré l'emploi du salicylate de soude, et ont été suivis de fréquentes récidives ; ils n'ont donné lieu à aucune complication du côté du cœur.

Il y a eu 4 décès sur 141 fiévreux (1 fièvre typhoïde, 1 pneumonie consécutive à une rou-

geole contractée à l'hôpital); 37,54 fiévreux pour 1,000 hommes à l'hôpital, et 25,56 à l'infirmerie. »

*(La suite dans un prochain numéro.)*

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Rapport sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées à l'hôpital militaire de la Charité de Lyon, en* 1879-1880, par M. CLAUDOT, médecin-major de 1re classe. — Depuis l'année 1877, toutes les recrues doivent être vaccinées dans le trimestre qui suit leur incorporation. L'exécution de cette mesure a été confiée au médecin en chef de chaque corps d'armée sous sa responsabilité personnelle. Dans les centres importants de garnison, le service de la vaccination est centralisé entre les mains du médecin en chef de chaque hôpital, qui peut le déléguer à un de ses confrères. C'est ainsi que le docteur Claudot a été chargé, à Lyon, d'assurer l'exécution de ces mesures, dont il rend compte dans le rapport actuel au Conseil de santé de l'armée.

La méthode de notre confrère a été la suivante. Le matin du neuvième jour, les vaccinateurs constataient le résultat de la vaccination, et l'auteur estime que cette vérification devrait être faite le sixième jour, et même le quatrième et le huitième pour les cas douteux. Une difficulté de cette vérification résulte chez les revaccinés des formes atténuées de la vaccine dans lesquelles les boutons n'ont plus les caractères habituels. Dans la vaccination primitive, il n'en est pas de même, la vérification est facile et la différence radicale, entre la vraie et la fausse vaccine. Chez les revaccinés, il faut attacher une grande importance à la date d'évolution des boutons, à leur degré de développement. C'est donc la période d'incubation qui est nécessaire pour établir la nature de l'affection, qu'il s'agisse d'éruption vaccinale ou variolique.

La persistance des croûtes ou d'une pustule après le huitième jour a fait souvent défaut dans les 4,061 inoculations qui font l'objet de ce rapport. En tout cas, cette persistance indique une inoculation *relativement* réussie et chez les revaccinés un retour, incomplet toutefois, de la réceptivité du sujet.

Les sujets vaccinifères étaient des enfants de un à cinq ans et quelques-uns de cinq à dix ans, tous vierges à l'égard du virus vaccino-variolique. On préférait les enfants de deux ans environ et au-delà, parce qu'ils sont plus dociles tout en donnant une lymphe aussi riche et souvent plus abondante. Dans quelques circonstances, on a employé le vaccin des revaccinés, mais les succès obtenus n'ont été moindres qu'avec des sujets vierges.

Quatre piqûres étaient faites à chaque bras de façon à voir huit pustules. Quelques-unes avortaient souvent, surtout pendant les grands froids du mois de février. De la sorte, avec 73 enfants vaccinifères, on a pu inoculer 4,141 hommes en deux mois. Les précautions minutieuses qui furent prises entrent pour une bonne part dans la proportion des succès. Le docteur Bruant recueillait la lymphe sur les lancettes, les remettait toutes chargées aux inoculateurs, tandis que le docteur Claudot surveillait attentivement les aides et les sujets vaccinés. On chargeait les lancettes une fois au moins pour chaque homme et on avait soin que chaque sujet conservât les bras nus pendant quelques minutes après l'inoculation.

Les inoculations pratiquées sur les malades en traitement à l'hôpital furent moins heureuses; la réceptivité était moindre peut-être à cause de leur situation extra-physiologique. C'est une hypothèse à vérifier en inoculant de nouveau ces malades après leur guérison. En dehors de l'état physiologique du sujet et de son degré de réceptivité, d'autres conditions influent sur les résultats des revaccinations : telles sont les qualités de la lymphe vaccinale (d'après l'origine du virus inoculé, la constitution du sujet vaccinifère, la période et le degré de l'évolution); tels sont encore les facteurs météorologiques; c'est-à-dire l'influence inhibitive de la température froide et l'inflneuce favorable d'une température chaude.

Pendant les vaccinations, la variole s'est déclarée chez neuf malades de l'hôpital, que l'on venait de revacciner. Les prodromes de la variole se montrèrent du quatrième au huitième jour de l'éruption vaccinale, c'est-à-dire que l'inoculation vaccinale était postérieure à l'invasion variolique et qu'elle a dû exercer une influence sur la variole en voie de développement. Celle-ci a été bénigne, du reste, et chez un des varioleux, une particularité intéressante a été le développement des premières pustules varioliques au voisinage des pustules vaccinales.

Des faits ultérieurs pourront seuls confirmer les résultats encore incomplets des varioles post-vaccinales.

Ce rapport a une grande valeur au point de vue de l'actualité, au moment où l'obligation de la vaccination est à l'ordre du jour et où il y aura lieu de pourvoir à cette organisation nouvelle. (*Rec. des mém. de méd. et de chir. milit.*, 1881, t. XXXVII, p. 129, n° 201.) — Ch. É.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1881. — Présidence de M. CHARRIER.

Suite. — (Voir le numéro du 21 août.)

M. PERRIN fait la communication suivante :

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un certain nombre de calculs biliaires observés par moi chez deux malades dans les circonstances suivantes. Dans l'une des observations, il s'agit d'une dame, âgée de 70 ans, affectée d'obésité (116 kilog.), de haute stature, souffrant habituellement du ventre, sujette à la constipation, constipation qui était devenue, l'année dernière, tellement opiniâtre, qu'elle est restée un mois plein sans aller à la garde-robe, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels. De guerre lasse, elle entra à l'hospice Dubois, où, à la suite d'un purgatif très énergique, elle finit par évacuer une quantité prodigieuse de matières fécales. Un second purgatif administré trois jours après, amena encore des évacuations presque aussi abondantes que la première fois.

La malade, quoique sortie considérablement soulagée au bout de dix jours, n'en a pas moins continué de souffrir de douleurs dans le ventre presque continuelles, et, plus particulièrement, sous forme d'un point fixe, au niveau de l'hypochondre droit. Il y a quatre mois, n'ayant eu jamais jusque-là aucune atteinte de jaunisse, ni d'accès véritable de coliques hépatiques, elle fut prise à nouveau du retour de son ancienne constipation, et un certain jour, à la suite d'efforts pénibles pour aller à la garde-robe, elle sentit brusquement s'échapper de l'anus, avec quelques matières, le calcul que nous avons l'honneur de vous présenter. Ce calcul, qui a malheureusement été volontairement fragmenté par la malade, offrait le volume d'une petite noix aplatie. Sa couleur est d'un jaune terne et sa densité plus légère que l'eau. Le toucher en est onctueux; il se réduit en poussière sous la pression du doigt qu'il jaunit. Il brûle et entre en fusion au contact de la flamme d'une bougie. Il n'existe aucun noyau au centre formé d'une substance étrangère, comme cela arrive le plus souvent dans le cas de calcul intestinal proprement dit.

Rien ne démontre que ce calcul volumineux se soit échappé de la vésicule biliaire autrement que par le canal cholédoque dilaté. L'absence de symptômes de péritonite limitée à la région du foie, à part le point fixe accusé par la malade jusqu'au moment de l'expulsion du calcul au niveau de l'hypochondre droit, éloigne la supposition d'un travail ulcératif qui, à la faveur d'adhérences, aurait pu s'être produit entre la vésicule biliaire et le duodenum ou tout autre point de l'intestin.

La seconde observation concerne un portefeuilliste, âgé de 38 ans, sobre, sédentaire, souffrant depuis plus d'un an d'une gastralgie rebelle pour laquelle il avait inutilement consulté plusieurs médecins. Ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'il fut atteint pour la première fois d'un véritable accès de coliques hépatiques, suivi également pour la première fois d'un ictère très intense. L'ictère était en voie de guérison, lorsque, deux mois après, le malade fut repris d'un retour de jaunisse avec crises hépatiques d'une violence extrême. Par l'intensité de la coloration de la peau, l'ictère simulait presque à s'y méprendre l'affection connue sous le nom de : *Maladie bronzée d'Addison*. Soupçonnant l'existence de calculs biliaires chez notre malade, nous l'engageâmes à en rechercher la présence dans les garde-robes. Il ne tarda pas, à la suite d'une nouvelle crise, à en trouver plusieurs, au nombre de quatorze, dont le volume était celui de petites noisettes. Chaque calcul, comme on peut s'en assurer, offre des facettes correspondant à celles du ou des calculs contigus auxquels il se trouvait accolé dans la vésicule, et où il formait probablement un calcul unique en forme de véritable mosaïque. Quelques-uns de ces calculs ont été rendus par fragments. Neuf d'entre eux pesaient, réunis, 3 grammes seulement.

Nous bornerons à ces quelques détails le récit des deux faits qui précèdent, en faisant remarquer combien dans ces deux cas la symptomatologie a été différente, bien que liée à la présence d'une cause commune en apparence, la présence dans les conduits de l'appareil biliaire, de calculs assez volumineux.

Dans la première observation, et à l'appui de faits analogues rapportés ici même par deux de nos savants collègues, MM. G. de Beauvais et Jules Besnier, nous constatons, en effet, l'absence chez la malade d'ictère et d'accès véritables de coliques hépatiques, tout le cortège symptomatique se bornant à des douleurs abdominales plus ou moins vives, avec point fixe dans l'hypochondre droit, mais sans paroxysme aucun. Au tableau qui précède, ajoutons encore cette constipation habituelle à laquelle la malade rapportait presque exclusivement tout son mal.

Dans la seconde observation, nous voyons, au contraire, se dérouler chez le patient tous les phénomènes classiques de la crise hépatique, avec toutefois cette particularité que ce n'est qu'au bout d'un an de l'existence d'une gastrodynie presque continue et sans allures paroxystiques, que le diagnostic a pu être établi.

C'est en raison de cette différence au point de vue des symptômes dans des cas en apparence semblables, en tant que présence de calculs même volumineux dans les voies biliaires, que Beau, dont l'esprit chercheur s'accommodait si rarement des explications courantes, avait été conduit à nier que les crises hépatiques fussent nécessairement liées à cette cause. Pour lui, la colique hépatique était une névralgie ou hépatalgie tout à fait comparable aux autres névralgies viscérales de l'économie, dont les causes ne sont autres que celles de toutes les névralgies en général.

A propos du traitement des coliques hépatiques par concrétions biliaires, je rappellerai en terminant que c'est à un membre de la Société, à son premier bienfaiteur, à M. le docteur Duparcque, qu'est due la modification proposée par lui au remède de Durande, remède composé, comme on le sait, d'une partie d'éther et de trois parties d'essence de térébenthine. Notre vénéré et généreux collègue, pendant son internat dans les hôpitaux de Paris, ayant remarqué combien le remède dont il s'agit, quoique efficace, est pris avec dégoût par les malades, ou mal supporté par la plupart des estomacs, avait été conduit à se demander si un autre corps gras, autre que la térébenthine, n'aurait pas les mêmes avantages sans en avoir les inconvénients : l'huile de ricin lui parut remplir ces conditions. Sa saveur désagréable est complétement masquée par celle de l'éther : celui-ci se mixtionne parfaitement avec l'huile de ricin, dont il corrige d'une manière très remarquable la viscosité, qui en rend, on le sait, l'ingestion si difficile. Comme les coliques hépatiques par calculs ou concrétions biliaires sont quelquefois compliquées d'hépatite ou d'irritation gastro-intestinale, on avait bien moins à craindre, selon lui, de l'action de l'huile de ricin, en pareil cas, que de celle de la térébenthine. C'est ainsi qu'il a été conduit à modifier le remède de Durande suivant la formule ci-après :

| | | |
|---|---|---|
| Ether. . . . . . . . . . . . . . . | 4 | grammes. |
| Huile fraîche de ricin. . . . . . | 60 | — |
| Sirop de sucre . . . . . . . . . . | 30 | — |

à prendre par une ou deux cuillerées toutes les demi-heures pour les premières, puis d'heure en heure.

Dans tous les cas de colique hépatique simple, assurait-il, ou compliquée de congestions, d'inflammation du foie, de gastralgie avec ou sans rétention de bile dans la vésicule, l'estomac, alors même qu'il rejetait tout ce qu'on lui avait fait ingérer, boisson ou médicament, supportait, au contraire, cette préparation sans s'insurger. Constamment il a suspendu les efforts du vomissement, calmé les douleurs, ainsi que les crises névrosiques. Toujours, dans les cas de rétention de bile par concrétion, il a provoqué dans un assez court espace de temps, l'expulsion et l'évacuation et des concrétions et de la bile qu'elle retenaient dans sa vésicule.

C'est en 1844 que le docteur Duparcque a publié son premier Mémoire sur le traitement des coliques hépatiques, par le remède de Durande modifié. Ce Mémoire, lu devant notre Société, a été imprimé dans le recueil de ses travaux (*Revue Médicale*, 1844, p. 507). Un second Mémoire sur le même sujet a été également lu par lui devant notre Société, dans la séance du 17 août 1860. En rappelant ici ces travaux, nous avons voulu non-seulement rendre justice et payer comme une véritable dette de reconnaissance à notre vénéré et regretté collègue, mais encore remetre en évidence, par ce temps de profonde incrédulité en fait de thérapeutique, une médication tombée probablement à tort dans l'oubli. Nous n'en voudrions d'autre preuve que le sens clinique si profond et si droit que nous avons été maintes fois personnellement à même de constater chez le docteur Duparcque, et qui ne permet guère de croire, en pareille circonstance, à une complète erreur de sa part.

DISCUSSION

M. de Beauvais : Permettez-moi, Messieurs, de faire passer, à cette occasion, sous vos yeux un très beau spécimen de calculs biliaires évacués par les selles. Il a été coupé en deux fragments égaux, et vous pourrez en constater la structure intime, le noyau central, la couche moyenne et l'enveloppe ou écorce, formées de stratifications concentriques et de stries radiées, qui se portent du centre à la périphérie. Le grand diamètre du calcul est de 22 millimètres, et le petit diamètre a 20 millimètres; son poids est de 6 grammes 1/2. Un de ces calculs, analysé par l'habile chimiste M. Duquesnel, a donné 96,5 p. 100 de cholestérine pure. Quand je vous ai présenté pour la première fois ces calculs, en mai 1878, je vous ai exposé en même temps les caractères physico-chimiques, qui différencient les calculs biliaires des

calculs intestinaux, composés quelquefois de magnésie pure, mais le plus souvent de phosphate acide de chaux, de phosphate de magnésie, ou de phosphate ammoniaco-magnésien.

—

M. LUTAUD lit un mémoire intitulé : *Le secret médical et les déclarations de naissance.* (Ce travail sera publié prochainement.)

M. DUBUC pense qu'il y aurait lieu de saisir l'Académie de médecine de cette question ; elle indiquerait sans doute une solution aussi urgente que nécessaire.

M. ROUGON pense qu'il serait plus simple de se faire accompagner à la mairie par un huissier, qui signifierait par un acte régulier la déclaration de naissance faite par l'accoucheur, signification qui établirait d'une manière irréfutable et légale la déclaration de naissance.

M. LUTAUD voit à cette façon de procéder un inconvénient; l'enfant n'a pas, en realité, d'état civil.

M. PERRIN : A propos de la communication de M. le docteur Lutaud, je poserai subsidiairement devant la Société la question de savoir si les articles 55 et 56 du code civil qui obligent le médecin, à défaut du père, à déclarer la naissance d'un enfant dans les trois jours qui suivent l'*accouchement*, lui imposent également le devoir d'une semblable déclaration pour tout produit de conception, quelle que soit l'époque de sa sortie du sein de la mère, Malgré les poursuites qui ont eu lieu à cette occasion de la part du ministère public contre quelques médecins, je pense que s'il s'agit d'un enfant de moins de six mois, c'est-à-dire d'un enfant non viable, inhabile à vivre de sa vie propre, et, par conséquent, à profiter des droits qui lui sont réservés dans la société et dans la famille, l'article 346 du code pénal ne peut être appliqué à l'accoucheur, en cas d'infraction de sa part aux prescriptions des articles 55 et 56 du code civil.

M. CHARPENTIER croit se rappeler que le médecin n'est tenu à faire une déclaration que quand l'enfant a 3 mois 1/2.

— La séance est levée à six heures un quart.

*Le secrétaire annuel,* Dr THEVENOT.

## FORMULAIRE

—

SOLUTION CONTRE L'ECZÉMA PALMAIRE. — LUSH et LIVEING.

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude. . . . . . . . . . . | 8 grammes. |
| Bicarbonate de potasse. . . . . . . . . . | 4 — |
| Glycérine neutre. . . . . . . . . . . . . | 4 gr 50 centigr. |
| Teinture d'opium . . . . . . . . . . . . | 6 grammes. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . | 192 — |

Faites dissoudre. — Pour lotions destinées à calmer la démangeaison produite par l'eczéma chronique de la paume des mains. Dans les cas très rebelles, où la peau est devenue extrêmement fragile, le docteur Liveing recommande la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Liqueur de potasse. . . . . . . . . . . . | 6 grammes. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . | 192 — |

(Mêlez), avec laquelle il fait faire des lotions jusqu'à ce que la peau pèle. Il a également constaté l'utilité des gants de caoutchouc. Les préparations arsenicales administrées à l'intérieur lui ont paru efficaces. — N. G.

LE TÉLÉMÉTÉOROGRAPHE. — Au mois de mars dernier, en présence de M. le ministre de l'intérieur, de la commission de l'Observatoire, de fonctionnaires supérieurs de l'État, de plusieurs membres de l'Académie royale de Belgique et des ingénieurs de l'administration des télégraphes, on a répété à l'Observatoire royal de Bruxelles des expériences qui ont parfaitement réussi et qui prouvent que l'enregistrement des éléments météorologiques par le météorographe de M. F. Van Rysselberghe peut se faire automatiquement à de très grandes distances (plusieurs centaines de kilomètres). L'auteur du système a exposé à M. le ministre un projet de télémétéorographie internationale, dont la réalisation serait d'une utilité capitale pour l'étude théorique de l'atmosphère et qui, dès à présent, rendrait possible la prévision du temps.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# PATHOLOGIE

## DE LA DIARRHÉE DE CAUSE PALUSTRE;

Mémoire communiqué à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 février 1881,

Par le docteur P. LARDIER,
Chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (Vosges).

### CHAPITRE I

#### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Ce qu'on entend généralement par constitution médicale d'un pays ou d'une région est l'ensemble des conditions extérieures influant en bien ou en mal sur la santé des habitants. On comprend aisément à quelles variations indéfinies peut être soumise telle constitution médicale et quelles différences considérables peuvent exister entre les constitutions médicales de divers pays. Cependant il est, dans toute agglomération d'hommes, certaines influences, atmosphériques ou autres, d'une stabilité parfaite et amenant d'une façon régulière, continue, certains effets, variables dans leur forme peut-être, mais qui néanmoins prennent leur origine dans des causes identiques.

C'est ainsi que, dans certaines régions, l'infection miasmatique, tellurique ou palustre, domine toute la nosologie et que c'est à cette cause qu'il faut rapporter le plus grand nombre des maladies observées.

Dans notre département des Vosges, sur l'état sanitaire duquel bien des médecins, à Paris surtout, peuvent avoir quelques illusions, il existe une circonscription sur laquelle la malaria sévit avec intensité, et si la chaleur solaire s'y exerçait avec la même ardeur que dans d'autres régions de la France, sans nul doute nous aurions à observer dans notre canton des phénomènes d'infection palustre analogues à ceux que l'on rencontre dans les Dombes ou la Sologne.

Je résumerai en peu de mots (car ces considérations doivent faire l'objet d'un autre travail) les causes pour lesquelles nous subissons l'intoxication miasmatique.

Et d'abord, la rivière qui passe à Rambervillers, la Mortagne, peut, à proprement parler, être regardée comme un torrent. Presque desséchée pendant l'été, en automne à la saison des pluies et au printemps à la fonte des neiges, elle prend des

# FEUILLETON

## EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ.

### I

Impression générale. — La lumière électrique et le développement des végétaux. — Chemin de fer électrique. — Ballon et bateau électriques.

C'est une étrange impression pour les yeux et pour l'esprit que celle qu'on éprouve en pénétrant dans le Palais des Champs-Élysées. Quand, du haut du grand escalier, on embrasse d'un coup d'œil le spectacle féerique de la vaste nef, l'ensemble de ce tableau étonne et séduit autant par sa nouveauté que par son originalité. Mais à la vue des constructions élégantes des diverses sections françaises et étrangères, de cette architecture de types variés, de ces nombreuses oriflammes multicolores, des disques et des signaux sémaphoriques, de ces engins et de ces appareils de toute nature, de ce réseau entrecroisé et compliqué de fils distribuant dans tous les sens le mouvement, la chaleur, la lumière, en présence de toutes ces merveilleuses inventions contemporaines, on éprouve un tout autre sentiment, plus vif peut-être, plus noble assurément.

C'est, en effet, un monde nouveau qu'on a devant les yeux; un monde dont la science vient de montrer les prodiges dans ce Palais de l'Industrie, devenu le palais de l'Électricité. C'est l'inconnu dans la révélation d'un de ses mystères!

La puissance de l'homme s'y manifeste dans sa force et dans son triomphe. Elle a levé un

proportions quelquefois alarmantes et est la source d'inondations dont il est difficile de se figurer l'étendue. Je dirai seulement, pour mieux fixer la pensée, que périodiquement, plusieurs fois par an, l'étendue des terres, champs et prés submergés peut avoir les limites suivantes : 20 kilomètres de longueur sur une largeur moyenne de 1,500 mètres.

Nous sommes alors en présence d'un immense lac, dont les effluves sont des plus dangereuses, surtout parce que notre sous-sol, argileux au premier chef, imperméable, empêche le retrait rapide des eaux et nous laisse exposés, quelquefois pendant plusieurs semaines, à des émanations marécageuses, toxiques. Il existe encore d'autres considérations sur lesquelles je ne veux pas insister. Qu'il suffise de savoir que, pour des raisons diverses, nous nous trouvons à la base de ces montagnes si salubres, dans un canton où toutes les formes de l'intoxication miasmatique se rencontrent, graves ou légères, mais indéniables. J'espère le prouver tout à l'heure.

Je dois dire cependant que la fièvre intermittente, à type régulier, à stades fixes, est plus rare qu'on ne serait tenté de le supposer. L'infection tellurique existe, mais ses manifestations sont bâtardes, avortées; elles n'ont d'habitude rien d'éclatant, de franchement périodique; les formes en sont plutôt larvées et forcent ainsi le médecin à une vigilance perpétuelle. C'est que des trois facteurs indispensables à l'éclosion du germe de la maladie : eau, terre végétale et chaleur solaire, ce dernier, pendant de longs mois de l'année, n'est pas en quantité proportionnelle aux deux autres, et c'est cette infériorité de la température qui nous fait bénéficier d'une intoxication moins grande. Chacun de ces trois facteurs producteurs peut se trouver dans des conditions variables et leur réunion, à des degrés divers, est la source d'un empoisonnement plus ou moins complet. Le summum pourrait être obtenu avec : 1° une eau mélangée d'eau salée et d'eau douce; 2° une terre végétale, riche, inculte, non remuée depuis longtemps, puis bouleversée; 3° une chaleur solaire semblable à celle de l'équateur. Le minimum se trouverait dans des conditions inverses : eau douce, froide, pure, terre soigneusement cultivée, température basse.

Quoi qu'il en soit, il est hors de doute pour les médecins qui m'ont précédé à Rambervillers et pour moi-même, après sept années d'exercice, que les effluves telluriques, marécageuses, sont la source dans notre canton d'accidents divers, intimement liés à la fièvre intermittente, et dans l'immense majorité des cas, susceptibles d'être guéris par le sulfate de quinine.

---

coin du voile de cet inconnu, de cet *au delà*, que les esprits les plus audacieux et les plus pénétrants regardaient naguère encore comme une infranchissable limite. Aussi, en présence de cette explosion de la science moderne, devant cette féerique réalisation de l'incroyable, on est légitimement fier du génie de l'homme qui a su dompter et mettre à son service la force dans sa forme la plus universelle; on sent qu'un nouveau règne commence, que le règne de l'électricité remplace déjà celui de la vapeur.

Ce n'est pas seulement dans le domaine de la physique et des arts mécaniques que l'électricité est un agent maintenant indispensable. Elle intervient déjà et elle interviendra certainement d'une manière plus active encore dans les sciences biologiques.

A ce titre, quoique ayant pour objet le règne végétal, les expériences que poursuivra M. Dehérain dans le Palais de l'Industrie, pendant la durée de l'exposition, présentent un véritable intérêt scientifique pour les physiologistes et les médecins; en un mot, pour ceux qui s'occupent des sciences biologiques.

Une serre située en arrière du bassin central a été consacrée à ces expériences; elle reçoit dans un de ses compartiments, rendu complètement obscur, des végétaux qui doivent être soumis sans discontinuité à l'influence de la lumière électrique. D'autres végétaux ne recevront cette lumière que pendant la nuit, et seront exposés durant le jour, les uns au grand air dans les parterres des Champs-Élysées, les autres au faible éclairage de la grande nef du Palais de l'Industrie. Enfin on comparera ces diverses séries de végétaux entre elles et avec d'autres plantes semblables des jardins de la ville et du Muséum, qui auront reçu les soins ordinaires de la culture.

La question est donc celle-ci : au point de vue physiologique, quelle est l'influence de la lumière électrique sur le développement des végétaux? Au point de vue pratique, serait-il

## CHAPITRE II

L'infection miasmatique étant admise, je viens d'en donner sommairement les raisons, au milieu des différents accidents dépendant de l'impaludisme, j'ai choisi, parmi mes observations, celles qui ont uniquement trait aux phénomènes intestinaux, congestifs ou hémorrhagiques, liés à la fièvre intermittente.

Lorsque éclate l'accès de fièvre, l'effort congestif du sang porté aux viscères abdominaux est de toute évidence. Les capillaires se dilatent outre mesure, de là la turgescence de l'organe. Que les parois vasculaires soient malades ou que l'effort congestif soit supérieur à la résistance des parois vasculaires, nous aurons l'irruption du sang au travers des capillaires, l'hémorrhagie. Ces congestions, ces hémorrhagies peuvent se produire en dehors de l'accès de fièvre. Le miasme tellurique ou palustre peut, en dehors de tout mouvement fébrile, amener la paralysie du système vaso-moteur, et, par suite de cette paralysie même, produire la congestion des capillaires du viscère.

### DE LA NATURE DE LA DIARRHÉE PALUSTRE

La congestion du foie et de la rate, l'augmentation de volume passagère ou persistante de ces deux organes est la plus fréquente. Que le raptus congestif soit porté du côté de l'intestin, de l'utérus, du cerveau, etc., nous observerons alors des phénomènes variés sur lesquels j'insisterai tout à l'heure et dont le sulfate de quinine quelquefois et accidentellement porté à des doses énormes triomphera héroïquement.

Les observations que je vais rapporter feront mieux comprendre ma pensée, et amèneront, je l'espère, dans l'esprit du lecteur la conviction qui m'anime.

La congestion active des tuniques intestinales sous l'influence de l'impaludisme peut ne pas dépasser la turgescence. Dans ces cas, et ils ne sont pas fréquents, on observe la diarrhée. Cette diarrhée quelquefois passagère, cédant rapidement à l'emploi du sel quinique, est alors simplement l'effet de la congestion des muqueuses intestinales; d'autres fois persistante, chronique, elle est liée à un état inflammatoire réel, mais est susceptible de guérir aussi par la médication quinique bien dirigée: nous en aurons des exemples sous les yeux. Je ne veux pas regarder la diarrhée survenant dans l'infection tellurique comme une diarrhée critique produite par l'élimination du miasme, comme le fait arrive dans d'autres intoxica-

---

possible, au moyen de foyers lumineux puissants, véritables soleils électriques, de suppléer à la lumière solaire, soit dans l'éclairage des serres, soit pendant les journées sombres de l'hiver, soit durant la nuit? Les expériences encourageantes de Siemens, entreprises à Londres il y a quelques années, dans le même but que celles de M. Dehérain, ont été insuffisantes par leur durée, mais elles donnent lieu cependant d'espérer des résultats favorables. En effet, par l'éclairage nocturne des végétaux, la durée des phénomènes biologiques qui constituent la vie du végétal serait abrégée, et cependant, ce végétal accomplirait encore toutes les périodes de son évolution, germination, fécondation, reproduction. On obtiendrait ainsi artificiellement la production des phénomènes qu'on observe dans les régions polaires, où, pendant la belle saison, sous l'influence du soleil toujours sur l'horizon, il se produit une telle activité dans le développement de la vie végétale que le passage de l'hiver à l'été se fait sans transition; la transformation du paysage, d'après le récit des voyageurs, est complète en quelques jours.

Sans s'arrêter à l'importance industrielle de ces expériences, au point de vue des horticulteurs qui cultivent les primeurs, et aussi des gourmets qui réclament des fraises en décembre et des cerises en janvier, on pourrait peut-être, par ce moyen, arriver à la production d'espèces plus précoces, dont les semences hériteraient de cette précocité. Il y aurait lieu de le croire d'après les observations de M. Schubeler sur des plantes d'origine septentrionale, conservant sous des latitudes moins élevées, pendant deux ou trois générations du moins, une telle précocité, qu'elles arrivent à maturité bien avant les végétaux de même espèce, cultivés dans des conditions identiques, mais issus de graines originaires du pays.

Ces phénomènes, et d'autres encore, non moins importants au point de vue biologique, seront peut-être les résultats des observations de M. Dehérain, si toutefois le succès vient couronner ses expériences.

tions où le poison s'élimine par l'intestin. Il y a à cela plusieurs raisons. Outre le fait que l'intoxication tellurique n'a rien de comparable aux empoisonnements ordinaires, la rareté même de la diarrhée miasmatique nous prouve que l'intestin n'est pas la voie ordinairement choisie par la nature pour l'élimination du miasme paludéen. De plus, la plupart du temps, quand elle existe, la diarrhée miasmatique est le phénomène unique, presque toujours dominant la scène, et il faut une observation attentive, et l'idée des médications ordinaires pour faire rechercher au médecin une cause qui ne se révélant point par d'autres symptômes passerait inaperçue. Il est bien plus rationnel de penser que parmi les effets de la fièvre intermittente (les congestions viscérales en étant l'une des conséquences ordinaires, on pourrait presque dire fatales), les tuniques intestinales si vasculaires, et dont la circulation est si intimement liée à la circulation hépatique, peuvent et doivent subir les mêmes vicissitudes que la circulation viscérale générale.

Peut-être faut il encore considérer certains cas de diarrhée palustre, comme une diarrhée nerveuse, semblable à celle dont parlent Trousseau et d'autres auteurs. On sait, en effet, combien les affections des nerfs, les névralgies sont fréquentes dans l'impaludisme. En ce qui me concerne, j'ai noté un grand nombre d'observations de névralgies intercostales, sub-orbitaires, lombo-abdominales, etc., dues, sans que le moindre doute soit possible, à la malaria. Aussi ne voudrais-je pas nier que quelques-uns des cas de diarrhée relatés, guéris par le sulfate de quinine, aient été produits par de l'entéralgie ou par une cause nerveuse de nature palustre.

J'ai parlé de leur rareté. Le docteur Duboué, de Pau, dont l'excellente monographie sur l'impaludisme fait autorité, en a rencontré peu de cas. Il n'en cite que cinq ou six exemples probants (p. 155). Mais il s'explique parfaitement avec Trousseau que l'hypérémie de certaines glandes puisse amener des sécrétions exagérées dans ces organes et être la source de la diarrhée, des vomissements, etc. Il admet ainsi les flux que relate Trousseau et qui accompagnent les fièvres larvées ou d'autres affections palustres (p. 171).

En ce qui concerne la diarrhée palustre, j'ai été plus heureux que le docteur Duboué, et je me l'explique. Bien que nous habitions un sol essentiellement miasmatique, la basse température que nous subissons la plus grande partie de l'année ne permet pas aux émanations de produire les mêmes effets, des effets aussi nets que dans d'autres contrées de la France. Je veux dire que, suivant la région où on l'observe, l'intoxication palustre revêt des formes différentes, essentiellement varia-

---

Mais pourquoi donc choisir le Palais de l'Industrie pour l'exécution de telles recherches? C'est, en apparence, une idée singulière. M. Dehérain en a donné l'explication (*Rev. scient.*, août 1881). C'est que, dans ce beau pays de France, où l'on sait organiser d'admirables expositions, entonner dans les enceintes officielles des dithyrambes en l'honneur des savants, élever des palais superbes à la science, dit-on, mais plutôt, croyons-nous, à la gloire des architectes, il n'existe pas un seul laboratoire de recherches, même au Muséum, qui soit assez bien doté au point de vue budgétaire pour y entreprendre de telles expériences. Aussi l'éminent professeur du Muséum, avec une persévérance et une ténacité qui l'honorent, a-t-il dû faire appel au concours bénévole des exposants pour la réalisation de son projet; demandant une serre à l'un, l'éclairage électrique à d'autres, empruntant des plantes à un troisième, et sollicitant « la petite somme d'argent » nécessaire du bon vouloir du ministre de l'agriculture. En un mot, la science presque obligée de demander l'aumône! Qui donc croirait qu'il en est encore ainsi, en 1881, à l'époque de cette brillante Exposition, qui est le véritable triomphe de la science!

Ce fait n'est pas exceptionnel : il ne faut pas avoir fréquenté longtemps les laboratoires pour en avoir la conviction; c'est presque toujours l'invariable règle, et naïfs seraient ceux qui s'en étonneraient!

Aussi, les autres remarquables expériences dont l'Exposition est l'occasion, telles que le chemin de fer électrique, l'aérostat et le bateau électrique, sont des œuvres de l'initiative privée, secondée quelques-unes, à l'étranger du moins, par de riches Sociétés. Comment, en effet, Siemens aurait-il pu poursuivre ses coûteuses expériences de locomotion par l'électricité sans l'appui de puissants capitaux, et obtenir des résultats pleins de promesses pour l'avenir?

C'est que le chemin de fer électrique du palais des Champs-Élysées n'est pas un jouet original; c'est une véritable ligne ferrée, sur laquelle circuleront des voitures analogues à celles

bles, qui font de cette affection un véritable Protée. Sans doute, si dans notre département des Vosges nous observons moins de fièvres intermittentes à type tierce, quarte, etc., parfaitement définies, nous trouvons par contre sous nos yeux un plus grand nombre de fièvres larvées, et cela, parce qu'une des conditions productrices de l'accès fébrile franc a une puissance moindre que dans d'autres régions.

Durant mes sept années de pratique, j'ai jusqu'à ce moment observé 9 cas de diarrhée de cause palustre dont deux entérorrhagies. Je suis d'autant plus certain que c'est à cette cause uniquement que doivent être rapportés ces accidents que si, dans certaines de mes observations, le caractère intermittent est parfaitement tranché, dans toutes le sulfate de quinine a produit des résultats quelquefois instantanés et indiquant par le fait la spécificité de la maladie. C'est de la même manière que, à deux reprises différentes, M. Jules Simon se trouvant en face d'une diarrhée chronique, très-ancienne, rebelle à tout autre moyen, a pu la guérir par le sel quinique, et cela parce que cette affection était de cause palustre. (Voy. UNION MÉDICALE, 1873, t. II, p. 970, et Soc. méd. des hôp., 1873 )

(*La suite dans un prochain numéro.*)

## BIBLIOTHÈQUE

### DE LA FIÈVRE JAUNE A LA MARTINIQUE SOUS LE RAPPORT SANITAIRE;

Par le Dr BALLOT, médecin en chef de la marine en retraite. — Rochefort, chez Thèse; 1881.

Un des beaux côtés de notre profession, c'est qu'on ne l'abdique jamais; qui a été médecin le sera toujours, sinon pour des clients du moins pour les amis ou par amour de l'art. Pendant que les médecins *militants* de la médecine navale sont aux prises avec la cruelle épidémie de fièvre jaune qui sévit dans les Antilles, les vieux maîtres, ceux à qui les services rendus et l'âge ont fait les loisirs et le repos de la retraite, au récit de cette mortalité de un mort sur trois malades, sentent bouillonner leur dévouement d'autrefois, et, ne pouvant être à la peine et aux dangers, ils évoquent les souvenirs de leur expérience et veulent faire savoir à leurs compagnons d'armes *qu'ils sont toujours avec eux d'esprit et de cœur*, suivant l'expression de M. Ballot, médecin de la marine en retraite à Rochefort. Telle a été l'inspiration de la publication que ce médecin a fait paraître sous le titre de : *La fièvre jaune à la Martinique*. M. Ballot, ayant habité la Martinique comme médecin en chef des hôpitaux militaires,

---

des tramways, dont elles ne diffèrent extérieurement que par l'absence de vapeur et de chevaux. C'est donc bel et bien un chemin de fer, non pas à l'usage des poupées et de leurs jeunes mamans, mais bien une voie de communication, courte, il est vrai, puisqu'elle aboutit à la place de la Concorde. Aussi tout fanatique de l'électricité devra l'emprunter pour pénétrer dans le Palais.

Ce tramway n'est pas en réalité un essai. Il fonctionne à Berlin sur une étendue de 7 kilomètres, bien différent en cela des tramways minuscules des Expositions de Bruxelles et de Dusseldorf, où un mécanicien, à califourchon sur une petite locomotive électrique, dirigeait la machine au moyen d'un levier interrupteur du courant. Le chemin de fer des Champs-Élysées diffère également un peu de celui de Berlin à Lichterfeld. Dans ce dernier, les rails de la voie servent de conducteurs de retour au courant électrique, qui a suivi, pour arriver au wagon, un autre rail spécial placé au milieu de cette même voie. Sur ce dernier s'appuie une tige métallique, conduisant le courant à la machine dynamo-électrique placée dans la caisse de la voiture. Ce sont les roues qui établissent le contact avec les rails de la voie, de manière à fermer le circuit.

Le passage des voitures et des piétons sur ces rails était un obstacle à l'emploi de ce système aux Champs-Élysées, comme il avait été impraticable dans les rues de Berlin, sur la nouvelle ligne de Charlottembourg à Spandauer-Back. Pour arrêter la circulation des voitures, il aurait suffi d'une communication quelconque, accidentellement ou intentionnellement placée entre les rails. De plus, comme le faisait remarquer un spirituel chroniqueur, le contact d'un des rails avec le fer d'un cheval aurait suffi à provoquer une secousse électrique violente et faire cabrer le cheval, au grand effroi, sinon au grand danger du cavalier ou du conducteur. Pour obvier à ces inconvénients, des poteaux parallèles à la voie soutiennent un fil métal-

a observé plusieurs épidémies de fièvre jaune, et a subi lui-même cette maladie en 1851. Ce n'est point de la pathologie ni de la thérapeutique qu'il s'occupe. Son étude se concentre sur la genèse de la fièvre jaune et sur les moyens prophylactiques à lui opposer, question préalable à toute autre et sur laquelle il lui semble désirable que s'ouvrît une enquête internationale entre tous les médecins pratiquant dans les pays où règne la fièvre jaune.

Suivant M. Ballot, « la fièvre jaune à la Martinique peut se produire : 1° de toute pièce, c'est-« à-dire avoir une origine *spontanée*, 2° par *infection*, ou 3° par *importation*.

« Pour que l'une ou l'autre de ces causes soit effective, il faut qu'il existe dans la colonie « une constitution médicale inflammatoire et bilieuse prédisposante.

« Cette constitution peut être amenée par la persistance des vents du sud et par la chaleur « et la sécheresse qui en sont la conséquence.

« C'est alors que se manifestent, même parmi les indigènes, des fièvres de mauvais carac-« tère. Mais pour que les fièvres, chez les non acclimatés, deviennent fièvre jaune, trans-« missible d'homme à homme, il faut qu'un cas de fièvre jaune apporté du dehors vienne « fournir l'élément ou le germe de cette maladie. Si ce cas n'est pas fourni, si ce germe n'est « pas produit, toutes ces fièvres restent ce qu'elles sont. »

D'après cette rédaction, nous comprenons que, malgré tous les éléments de la fièvre jaune existant à l'état latent, elle ne se formule *fièvre jaune* que lorsque ces éléments sont mis en action et fécondés par un cas apporté du dehors, de même que malgré ses matières inflammables une bougie ne s'allume que par le contact d'une allumette.

Mais alors pourquoi ne pas dire que la fièvre jaune est *toujours d'importation*, sous condition de trouver une prédisposition locale? Ce n'est pas être spontanée, s'il faut qu'un germe soit toujours apporté du dehors.

Cependant, il faut bien admettre que la fièvre jaune naisse *spontanée* quelque part pour qu'elle puisse s'étendre ailleurs par importation. Jusqu'à présent, il a été reconnu que cette maladie avait été observée le long du littoral du continent américain, compris entre le 40° de latitude nord et le 35° de latitude sud, entre New-York et Montevidéo, mais principalement entre les deux tropiques, et surtout sur le littoral du golfe du Mexique (1), tantôt sur un

(1) Pendant longtemps, on a cru qu'elle ne se manifestait pas au-dessous de Bahia par le 12e degré de latitude dans l'hémisphère austral; au-dessus de Boston, par le 45e de l'hémisphère boréal. Mais, depuis une cinquantaine d'années, d'assez fréquentes épidémies de fièvre jaune ont été signalées à Montevidéo et même à Buenos-Ayres. On croyait aussi que cette maladie ne se manifestait que sur le versant oriental de l'Amérique baignée par la mer Atlantique, et non sur la côte occidentale baignée par le Pacifique; mais il est certain qu'on a vu des épidémies à Panama et à Guayaquil. Tandis qu'elle est devenue plus rare à New-York et à Philadelphie, on connaît sa férocité sur la côte occidentale de l'Afrique, et ses manifestations sur plus d'un point de l'Europe, à Lisbonne, Cadix, Barcelone, Marseille, Livourne, Saint-

---

lique conducteur sur lequel glisse un chariot mobile qui accompagne la voiture dans ses déplacements.

Aux Champs-Élysées, cette disposition n'a pu réussir. Le fil a été remplacé par un tube de cuivre fendu dans sa longueur, et dans lequel glisse le chariot. Au lieu de suivre les rails, le courant de retour parcourt un deuxième tube métallique porté sur les poteaux parallèlement au premier. Le moteur est une machine magnéto-électrique placée dans le Palais : le courant d'arrivée parcourt l'un des tubes et, par un des chariots de la voiture, actionne l'appareil propulseur. De là, par le deuxième chariot, il quitte la voiture et se rend au deuxième tube de retour, de sorte que le circuit est fermé.

La voiture, bel omnibus contenant une quarantaine de places, glisse sans bruit et sans effort, emportée par une force invisible. Quelle différence avec la robuste locomotive de nos chemins de fer, avec ce « *démon de feu* » prédit par la légende comme annonçant la fin du monde! Et cependant cette locomotive avait sa poésie dans les sourds grondements de sa chaudière, les sifflements aigus de sa vapeur, dans son panache de fumée! Peut-être sera-t-elle aussi, dans quelques années, un objet de regret pour les esprits chagrins qui, aujourd'hui encore, ne peuvent oublier les diligences qui leur laissaient « le temps de regarder le paysage. »

Tandis que ce chemin de fer électrique est un vrai chemin de fer, probablement même le chemin de fer de l'avenir, le ballon électrique de M. Tissandier est un aérostat en miniature. Gros œuf surmontant une nacelle, il porte avec lui son appareil propulseur, représenté par une machine magnéto-électrique du système Siemens, véritable chef-d'œuvre de mécanique ne dépassant pas le poids de 220 grammes. La force ascensionnelle de ce ballon n'étant que de 2 kilogrammes, il fallait que le moteur ne fût pas supérieur à ce poids. La machine actionne

point, tantôt sur un autre, la Martinique étant par le quatorzième degré nord, c'est-à-dire au centre de la ligne intertropicale marquant l'étendue de l'endémicité de la fièvre jaune. Il n'y a rien d'anormal à admettre que la Martinique, sous l'influence de conditions cosmiques favorables, puisse être isolément ou simultanément, avec d'autres localités dans les mêmes conditions, le point d'origine de la fièvre jaune et le point de départ pour la propager ailleurs. Mais il faut dire qu'à consulter l'histoire de cette colonie, cette origine spontanée a dû être rare; que presque tous les observateurs qui ont écrit sur les épidémies de fièvre jaune auxquelles ils avaient assisté à la Martinique lui ont attribué une origine d'importation, c'est-à-dire qu'elle régnait dans quelque autre colonie des Antilles, ou sur un point du voisinage du continent américain, avant de se déclarer à la Martinique. C'est ainsi qu'elle est désignée par le P. Labat, un des premiers historiens de la Martinique, sous la désignation de *fièvre,* ou *mal de Siam* ou de *Bahia,* parce qu'elle avait été importée directement de Bahia par un navire qui y avait relâché en venant de Siam; mais jamais la Martinique n'a été signalée comme le point de départ d'une épidémie de fièvre jaune dont on a pu suivre la propagation ailleurs.

De deux épidémies que j'ai eu occasion d'observer dès leur origine, l'une, en 1838, avait été précédée par une épidémie régnant depuis plusieurs mois à la Guadeloupe; elle commença par Saint-Pierre, ville plus rapprochée, et en relation commerciale avec la Guadeloupe plus féquente que Fort-de-France; l'autre eut lieu en 1851, alors qu'on savait Cayenne ravagée par la fièvre jaune. Celle-ci eut pour lieu de début Fort-de-France, plus proche de Cayenne que Saint-Pierre, et aussi en relation administrative plus fréquente (1).

Je sais bien que lors de l'épidémie de 1851, le début en juillet fut précédé de *mauvaises fièvres sur les indigènes,* attribuées au curage du canal d'enceinte établi à Fort-de-France, ce qui fait dire à M. Ballot (page 5) : « M. Bérenger-Féraud, avance que la fièvre jaune était signalée « dans les pays voisins; j'étais sur les lieux et je puis affirmer qu'au moment où éclata à Fort-« de-France cette épidémie en 1851, la santé publique était excellente dans les iles voisines. « A Cayenne, la fièvre jaune avait cessé complètement depuis le mois de février (environ six « ou sept mois). »

Depuis six ou sept mois! Etait-ce donc un délai suffisant pour empêcher l'importation, quand, en 1838, nous avons vu la maladie qui régnait à la Guadeloupe, si proche de la Mar-

Nazaire, Southampton. N'est-il pas à craindre qu'avec la facilité et la rapidité de la navigation actuelle, et après le percement des isthmes de Suez et de Panama, cette maladie, comme le choléra, ne se répande sur le monde entier?

(1) Je note ces différences de distance et de relation parce que je crois que si, entre les populations américaines, une publicité internationale pouvait exister comme entre les États européens, peut-être serait-il possible de suivre à la piste les pérégrinations de la fièvre jaune comme celles du choléra.

---

une hélice formée de deux grandes ailes oblongues, et reçoit sa force électrique de deux accumulateurs de Planté, montés en tension et pesant chacun 500 grammes. Le poids total de l'appareil propulseur est de 1,500 grammes, et on peut même ajouter un troisième élément de 500 grammes sans excéder la force ascensionnelle de l'aérostat.

Avec deux éléments, l'appareil parcourt 2 mètres par seconde, et, avec trois éléments, la vitesse s'élève à 3 mètres; c'est presque celle d'un train de marchandises.

Le ballon de M. Tissandier est un essai, heureux assurément, de direction des ballons. Avec un aérostat dix fois plus volumineux, l'inventeur pourrait enlever un appareil moteur du même système pesant 1,200 kilogrammes, imprimer à l'aérostat une vitesse de 28 kilomètres à l'heure et transporter ainsi plusieurs voyageurs. Certes de là à faire des ballons un moyen habituel de communication, il y a loin! D'abord trop de gens ont le souvenir d'Icare présent à la mémoire pour se confier aux caprices de l'atmosphère! Ce n'est qu'une ingénieuse tentative ; mais il y a commencement à tout, et c'est déjà un utile progrès, au point de vue de l'aérostation militaire, de pouvoir diriger les ballons, et surtout d'employer à cet usage des machines incapables d'incendier les aérostats, comme les machines à vapeur, et de les délester constamment par la transformation du combustible en fumée et de l'eau en vapeur.

C'est encore un moteur de même nature qui met en mouvement le bateau électrique de M. Trouvé; seulement, au lieu d'accumulateur, ce sont des piles Le Grenet qui fournissent le courant à l'appareil magnéto-électrique qui actionne une hélice montée sur le gouvernail. Ce bateau est certainement un objet de curiosité pour les nombreux visiteurs de l'exposition, comme pour ceux qui l'ont vu fonctionner sur le lac du bois de Boulogne. De là à faire usage de l'électricité pour mettre en mouvement les vrais navires, il y a loin, et quand on voudra naviguer sur une plus large surface que la petite mare qui, dans la nef du Palais des Champs-

tinique (30 lieues de séparation seulement), mettre trois ou quatre mois avant de se produire à Saint-Pierre.

En admettant que l'épidémie de 1851 ait pu être *spontanée* à Fort-de-France, comme le croit M. Ballot, toujours faudra-t-il reconnaître que ce mode de genèse est le plus rare, puisqu'il n'a été constaté que cette fois *scientifiquement*. Si M. Ballot peut invoquer, à l'appui de la sienne, l'opinion des historiens et des médecins des XVII[e] et XVIII[e] siècles, qui croyaient à l'origine spontanée de la fièvre jaune et la regardaient comme contagieuse, il est forcé de reconnaître que des observateurs plus modernes, « MM. Dutrouleau (dit-il page 6), Arnoux, Chapuis, « Saint-Pair, Kérangal, pensent qu'elle est toujours dans cette colonie (la Martinique) le « produit de l'importation et qu'elle est essentiellement contagieuse. MM. Saint-Val, Rufz de « Lavison, Cornillhac et Bérenger-Féraud semblent partager cette croyance. »

Les épidémies de fièvre jaune une fois déclarées à la Martinique ont duré trois ou quatre ans, non pas constamment dans les mêmes localités, mais tantôt sur un point, tantôt sur un autre, et assez de temps pour démontrer une constitution médicale particulière. Mais après leur cessation, toujours elles ont été suivies de périodes d'immunité de cinq à six ans. Pendant ces périodes d'immunité, presque chaque année on a observé quelques fièvres jaunes (toujours en petit nombre) aussi prononcées et aussi graves que dans la période épidémique, mais s'éteignant sans donner naissance à une épidémie. C'est durant ces périodes d'immunité qu'ont lieu ces fièvres dites inflammatoires bilieuses qui ont été signalées sous le nom de fièvre jaune *légère, ébauchée, avortée*, qui se manifestent en assez grand nombre pour constituer de véritables maladies épidémiques et dont M. Bérenger-Féraud a fait dans ces derniers temps une étude particulière. Ce sont là des faits qui doivent disposer à croire que la genèse spontanée de la fièvre jaune est possible et même probable à la Martinique : mais ce ne sont que des inductions qui doivent nous rendre attentifs.

Dans l'état actuel de cette question de la *spontanéité* de la fièvre jaune, il serait téméraire d'admettre qu'elle naisse spontanée dans tel ou tel lieu, de crainte que cette prévention ne rende moins sévère l'exécution des moyens préservatifs contre l'importation, ce à quoi l'intérêt commercial n'est que trop enclin. Tout ce que l'on peut conclure de la divergence des opinions à différentes époques, c'est que cette question doit être soumise à une observation plus rigoureuse que par le passé, et que dans tous les lieux où éclatera une épidémie de fièvre jaune, les médecins doivent mettre un grand soin à constater si son origine est spontanée dès les *premiers cas*, ou plutôt dès le *premier cas*, et en suivre à la piste les manifestations, en même temps qu'ils s'assureront de l'impossibilité d'un seul cas d'importation. Cette constatation est très possible à la Martinique, qui, par sa position insulaire, n'offre que deux ou trois ports ou portes d'entrée aux navires qui y abordent et par conséquent aux communications extérieures.

Quant à la genèse par infection, qu'elle provienne de la contamination par l'homme, par les effets d'habillement ou par les marchandises ou par les effluves des navires contaminés, l'in-

---

Élysées, figure sans doute l'Océan, il sera bon de ne pas dédaigner les vulgaires avirons ! Enfin, jusqu'ici, c'est un très gentil joujou que ce bateau électrique ; peut-être deviendra-t-il quelque jour une invention pratique !

Mais le grand obstacle, dans une construction de ce genre, de même que dans les aérostats dirigeables, c'est la nécessité d'employer une partie de la force au transport de la machine motrice, d'augmenter ainsi le poids de l'appareil et de diminuer la quantité de travail utilisable. C'est l'inconvénient qui est évité dans le chemin de fer électrique des Champs-Élysées par la substitution d'une machine fixe à la locomotive électrique des systèmes antérieurement essayés. Il devient ainsi possible d'utiliser des forces naturelles, les chutes d'eau, par exemple. La machine électro-magnétique transformerait leur travail en une force électrique, qu'un mince fil de métal transporterait à distance sous forme d'un courant. Là, peut-être un jour, à plusieurs centaines de kilomètres, cette chute d'eau, dont la puissance est sans emploi depuis des siècles, pourra devenir l'origine des applications les plus diverses, sous forme de lumière, de force et de chaleur. Le transport à distance de la force électrique est un problème dont la solution complète n'est plus douteuse, mais qui aurait certainement semblé chimérique, il y a quelques années encore, aux moins incrédules des petits-neveux de Voltaire.

D[r] Ch. ELOY.

fection suppose toujours une importation : c'est un mode de propagation plutôt que de genèse. Les faits d'infection sont trop nombreux pour qu'il y ait aucun doute sur ce point. Rien ne démontre mieux la transmissibilité de la fièvre jaune que ces faits d'infection, mais rien n'est plus difficile à constater que le mode d'importation qui détermine l'infection. C'est donc encore un point qui doit être signalé à l'observation, surtout lorsque l'infection peut être attribuée à des objets matériels, effets d'habillement ou marchandises. Il faut se rappeler qu'un des principaux arguments de Chereau contre la contagion de la fièvre jaune, était d'avoir expérimenté non-seulement sur les autres, mais sur lui-même, les linges d'habillement, le lit, les matières excrétées des malades morts de la fièvre jaune, sans que la fièvre jaune en fût jamais résultée.

Mais quittons cette étude théorique et pratique des modes de genèse de la fièvre jaune qui n'ont d'importance que par l'influence qu'elle peut avoir sur la prophylaxie à employer contre cette maladie, et voyons quels sont les moyens conseillés par M. Ballot, c'est la partie la plus remarquable de son travail. Ces moyens sont : 1° avant tout, les mesures à opposer à l'importation dans le cas où l'on est averti que la fièvre jaune règne dans un lieu d'où elle peut être importée à la Martinique ; 2° celles qui peuvent être opposées, lorsque la fièvre jaune est établie, à sa propagation par la communication d'homme à homme, par les lieux infectés, par les objets matériels suspects et par les effluves des navires ; 3° lorsque la fièvre peut être considérée comme *spontanée.*

L'importation peut se propager par *infection* des lieux ou des choses contaminées, cale du navire ayant contenu des effets contaminés ou par ces effets mêmes ; ou par *contagion*, communication des hommes sains avec les hommes malades. M. Ballot énumère et examine avec le plus grand soin ces différents véhicules de l'importation et d'infection. Entreprendre de faire connaître par un compte rendu les moyens prophylactiques qu'il propose de leur opposer, ce serait presque reproduire son intéressant travail ; disons que tous ces moyens se résument dans l'établissement des *quarantaines.* Ces moyens sont exposés dans tous les traités sur la fièvre jaune, il s'agirait d'en rendre l'exécution plus rigoureuse et plus efficace qu'elle est présentement. Ce n'est pas seulement aux médecins praticiens, mais surtout aux commissions sanitaires et à l'autorité publique qu'il faut recommander les mesures d'isolement et de désinfection conseillées par M. Ballot ; il en est une surtout qui lui paraît s'imposer dans chacune des deux villes de la Martinique, et nous sommes parfaitement de son avis. C'est la nécessité d'hôpitaux spéciaux placés sous le vent de chacune de ces villes, ni trop près ni trop loin de celle-ci et des casernes, à Saint-Pierre, par exemple. Cet hôpital spécial devrait être placé à l'extrémité sud du mouillage des navires marchands français, au lieu appelé l'anse Bellevue, en face de la partie de la rade connue sous le nom de *Plateau*, où mouillent les navires en quarantaine d'observation, à 5 ou 600 mètres des dernières maisons de la ville (voyez p. 41 et 42). Il serait facile d'y établir un débarcadère et des baraquements, et d'y amener les malades en embarcations et ceux des casernes par une bonne route et dans des voitures appropriées pour le transport des maladies contagieuses. Ces hôpitaux devraient avoir un pavillon séparé en chambres pour les cas aux différents degrés de la fièvre jaune, afin de soustraire à la vue des malades moins atteints le spectacle quelquefois horrible de l'agonie de ceux qui succombent, avec cris, convulsions, hoquet de la mort, et la face et le lit souillés par la matière des vomissements noirs.

Le choix de l'emplacement de l'hôpital de Saint-Pierre est des plus judicieux ; mais combien il est à craindre que ce désidératum des hôpitaux spéciaux, avec tous les moyens d'isolement et de désinfection indiqués par M. Ballot, ne soit longtemps à se réaliser à la Martinique, puisqu'ici même, à Paris, les médecins prêchent et plaident vainement pour l'établissement de ces hôpitaux contre la variole, la rougeole, la scarlatine et la diphthérie, dont la permanence presque endémique n'est pas moins à redouter que les épidémies à intervalles de la fièvre jaune.

Joignons nos vœux à l'autorité de M. Ballot pour que, dans tous les pays du monde, il y ait des hôpitaux spéciaux pour l'isolement et le traitement des maladies contagieuses.

RUFZ DE LAVISON.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Suite à l'étude des causes qui font varier le résultat des revaccinations*, par M. ANTONY, médecin a.-major de 1re classe. — Les revaccinations ont été pratiquées sur 618 jeunes soldats de la classe 1879. Le sujet vaccinifère était un artilleur du 8e régiment, porteur de six boutons de revaccination. Le nombre des succès fut de 475 ; celui des insuccès de 62. Les 81 autres résultats furent douteux. Les soldats des deux dernières catégories ayant été revaccinés une

deuxième fois, le résultat définitif fut le suivant : 55 insuccès, 83 succès douteux et 480 succès. Parmi ces hommes, 612 avaient été vaccinés dans leur enfance ; 98 avaient été revaccinés avant leur entrée au corps; 3 avaient été variolés et vaccinés dans l'enfance; 2 variolés et un vacciné, et 3 ne présentaient aucune trace de vaccine ou de variole.

Le choix du vaccinifère a une importance capitale dans les revaccinations ; c'est ainsi que le vaccin puisé sur des adultes revaccinés à plusieurs reprises et à des dates récentes donne des résultats médiocres, même avec des boutons très beaux. La résistance des sujets revaccinés est beaucoup plus manifeste quand les cicatrices vaccinales sont belles, et elle ne dépend pas du nombre des cicatrices ; conclusion qui infirme l'hypothèse émise par l'auteur en 1878.

Un sixième des recrues avaient été revaccinés depuis leur enfance une ou plusieurs fois, et parmi eux on compta 52 succès et 27 succès douteux. Ces résultats sont en contradiction avec les idées reçues sur l'immunité que confère l'inoculation vaccinale. Ils prouvent que l'organisme humain est un terrain des plus favorables au virus vaccinal. D'ailleurs, de toutes les observations de l'auteur, on peut conclure que le succès des revaccinations dépend surtout de l'énergie et de la dose du vaccin employé ; et que la résistance du sujet revacciné est en rapport avec la virulence du vaccin dont on a fait usage dans les premières inoculations. (*Rec. de mém. de méd. et de chir. militaires*, t. XXXVII, p. 271, 1881.) — Ch. E.

*Relation de trois cas de méningite cérébro-spinale*, par M. MASSONAUD, médecin a.-major de 1re classe. — Les malades, jeunes artilleurs du 9e régiment, sont décédés à l'hôpital civil de Castres. Les symptômes de la maladie ont été, au début, une céphalalgie violente, suivie de rachialgie et de perte des forces ; vers le troisième jour, se déclarèrent les symptômes de la maladie confirmée, c'est-à-dire la contracture musculaire de la nuque et du cou, la torpeur alternant avec l'agitation, des irrégularités de la température, du pouls ; la constipation, et enfin, à la période ultime de la maladie, les convulsions et le coma.

Cette petite épidémie s'est développée d'une manière successive, se limitant à un seul régiment, sévissant sur de jeunes soldats, robustes, dépourvus d'antécédents héréditaires et placés dans des conditions hygiéniques satisfaisantes. La maladie est née sur place ; la population civile et les militaires des garnisons voisines en ont été indemnes, par conséquent les conditions étiologiques échappent à toute observation.

Les altérations de l'intestin, du foie, de la rate et des reins, sont celles d'une maladie générale plutôt que le résultat de troubles trophiques consécutifs aux lésions des méninges. C'est là une preuve de la nature infectieuse de cette maladie, véritable typhus cérébro-spinal (Jaccoud).

Le traitement a consisté, au début, dans l'emploi des émissions sanguines ; plus tard, dans celui des hyposthénisants (opium, chloral) ; des dérivatifs (scammonée, eaux purgatives) ; des altérants (calomel) ; des révulsifs (cautère actuel). Mais ces diverses médications ont été impuissantes toutes au même degré. (*Rec. de mém. de méd. et de chir. militaires.* 1881, mai-juin, p. 241, t. XXXVII.) — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet 1881. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Discussion sur les *injections hypodermiques de mercure* dans la syphilis, par MM. C. Paul, Martineau, Dumontpallier. — Présentation d'un *anévrysme rompu* de l'artère pulmonaire, par M. Damaschino. Discussion : MM. Cornil, Damaschino. — Note sur l'*hypertrophie des amygdales*, par M. Cornil. — Présentation d'un malade guéri, après ouverture spontanée, d'*une péritonite suppurée*, par M. Legroux. Discussion : MM. Féréol, Vallin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Revue médicale.* — *Bulletins* de la Société d'anthropologie de Paris. — *Smithsonian report*, 1879, etc.

—

M. C. PAUL : A propos du procès-verbal de la dernière séance, je ferai remarquer que la méthode hypodermique d'introduction du mercure dans l'économie est une méthode qui a déjà été employée et jugée. Elle a été abandonnée comme n'offrant rien qui la rendît supérieure aux méthodes ordinaires ; mais il a été reconnu qu'elle avait *localement* une action bien supérieure à celle qui consiste à introduire le mercure par les voies digestives, quand il s'agit de syphilides graves ou malignes, pourvu que les injections soient faites au voisinage de ces

lésions. Liégeois, qui a pratiqué souvent ces injections, leur avait reconnu une action locale très favorable, mais une action locale seulement.

M. Martineau : Je ne conteste rien de ce qui a été observé avant moi; mais je crois pouvoir affirmer que les injections que je pratique ont une action générale très favorable et s'adressent également à toutes les manifestations syphilitiques, généralisées ou non, superficielles ou profondes, bénignes ou graves, indistinctement. L'action se fait sentir partout à la fois et très rapidement; je ne vois pas dans ces injections une action plus particulièrement locale, et je ne crois pas qu'on puisse les faire indistinctement partout sans danger. L'endroit qui me paraît le plus à l'abri de tout accident local est le tissu cellulaire profond du dos, de chaque côté, et à une certaine distance de la colonne vertébrale. A l'heure actuelle, j'ai déjà pratiqué 1,900 piqûres de 0,006 milligrammes chacune; j'en ai pratiqué quelques-unes à 0,007 milligrammes; j'ai même poussé sans danger jusqu'à 0,008 milligr. sans déterminer d'accidents locaux ou autres; j'arriverai de la sorte à fixer le chiffre maximum de la dose à employer. J'ajoute que non-seulement mes piqûres ne sont suivies d'aucun accident; mais elles sont si peu douloureuses que je traite aujourd'hui par ce moyen un certain nombre de malades de la ville qui reviennent chaque matin à l'hôpital pour y recevoir de nouvelles injections hypodermiques.

M. C. Paul : Je crois, comme M. Martineau, que ces injections doivent être faites dans le tissu cellulaire sous-cutané et pas ailleurs; mais je persiste à croire aussi qu'elles peuvent et doivent avoir une action locale particulièrement favorable, à l'instar de l'emplâtre de Vigo placé sur des syphilides ulcéreuses, ou de la teinture d'iode introduite au voisinage d'une pustule maligne. Tout ce qui était resté des essais d'autrefois était, je le répète, cette action locale favorable du mercure injecté au voisinage des syphilides graves.

M. Dumontpallier : Je demanderai à M. Martineau s'il existe des faits ou des expériences qui démontrent l'absorption réelle du sel mercurique injecté.

M. Martineau : Ces expériences existent. Je dois même à mon élève en pharmacie la découverte d'un procédé plus certain et plus délicat que tous ceux connus jusqu'alors, qui permet de déceler dans les urines les moindres traces de mercure qu'elles contiennent. Ce procédé, je le ferai connaître plus tard à la Société; mais d'ailleurs les effets thérapeutiques incontestables sont là pour démontrer qu'il y a réellement absorption. D'un autre côté, il ne m'est jamais arrivé de rechercher avec mes injections les effets locaux; jusqu'ici, je n'en ai pas eu besoin, tant elles ont été favorables dans tous les cas pour toutes les manifestations que j'ai eues à combattre; j'ajoute que je ne voudrais pas faire indifféremment ces injections dans un point ou dans un autre; je connais les eschares et autres accidents qui sont survenus à d'autres médecins; la région que je préfère avant toutes les autres est la paroi latérale du thorax vers la partie moyenne du dos.

Qu'il y ait une action locale évidente avec l'emplâtre de Vigo, je ne saurais le nier; mais on obtient un résultat semblable avec tout pansement par occlusion, même avec le sulfure de carbone.

En ce qui concerne la pustule maligne, l'action de la teinture d'iode ne saurait être qu'une action locale, puisqu'il s'agit de la destruction de bactéries.

M. Dumontpallier : J'en reviens à la question que j'ai posée. Puisque le mercure est si difficile à retrouver, d'une part, et puisque, d'autre part, nous n'avons plus avec les injections nouvelles les mêmes accidents locaux que signalait Liégeois, je me demande si le corps que l'on introduit aujourd'hui est un corps absorbable et s'il nous donne les bénéfices d'un corps absorbé.

M. Martineau : L'absorption est démontrée, je le répète, par les faits cliniques et par les analyses dont j'ai parlé tout à l'heure; et c'est un bénéfice considérable de la nouvelle méthode que les injections ne soient plus suivies des accidents locaux qui les ont fait rejeter autrefois.

—

M. Damaschino présente un anévrysme de l'artère pulmonaire rompu et ayant amené rapidement la mort. (Sera publié.)

M. Cornil : Quelquefois la rupture se fait par des vaisseaux très petits, de 1/10 à 1/20 de millimètre; il ne semble pas qu'il en soit ainsi dans le cas actuel.

M. Damaschino : En effet, la rupture porte ici sur une division de troisième ordre de l'artère pulmonaire.

—

M. CORNIL présente le résultat de ses recherches sur l'hypertrophie des amygdales. (Sera publié.)

M. LEGROUX fait voir un jeune homme qu'il considère comme guéri d'une péritonite essentielle généralisée et purulente, après ouverture et issue de pus par l'ombilic. (Sera publié.)

M. FÉRÉOL croit qu'il y a eu péritonite étendue, mais non généralisée, ce qui, ajoute-t-il, aurait à peu près fatalement entraîné la mort. Il a vu autrefois un cas fort analogue; ce qui le confirme dans son opinion, c'est l'existence d'un certain empâtement encore fort saisissable dans un point de l'abdomen, empâtement en rapport avec l'existence d'un kyste péritonéal plus ou moins étendu.

M. VALLIN va plus loin; non-seulement il rejette l'idée d'une péritonite généralisée, mais encore il est bien près d'admettre que la suppuration s'est faite en dehors du péritoine, dans la cavité de Retzius, ce qui peut s'accorder parfaitement avec la bénignité réelle d'une affection grave en apparence et avec l'ouverture par l'ombilic.

— La séance est levée à cinq heures.

*Le secrétaire*, DUGUET.

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE. — BLEYNIE.

Pour combattre l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, le docteur Bleynie administre le sulfate de quinine, et dès les premières 24 heures de l'emploi de ce remède, on constate de l'amélioration qui se traduit par du ralentissement du pouls, de la diminution de la rougeur et du gonflement; puis progressivement la guérison se produit. — Quand l'érysipèle de la face revient périodiquement chez des sujets herpétiques, l'auteur prescrit l'arséniate de soude à petite dose, un milligramme par jour, pendant un an ou dix-huit mois, avec des repos pendant le tiers ou la moitié du temps, et il évite ainsi les récidives. — N. G.

## COURRIER

CONCOURS. — Le jury du concours pour les prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris est ainsi composé : MM. Labric, Luys, Jules Simon, Troisier, Desprès, Bouilly et Nicaise.

EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR UN INTERNE. — Un élève interne des hôpitaux de Paris ayant donné des soins à une dame, sur les indications d'un professeur de Faculté, et ayant, *après avoir été reçu docteur*, introduit contre sa cliente une instance en paiement d'honoraires, la 7e Chambre du tribunal de la Seine l'a débouté de sa demande.

Le tribunal a jugé que la mission confiée par un professeur à un élève, de donner certains soins à un malade, ne supplée pas au défaut de diplôme. (*Paris médical.*)

PROJET DE TRAVERSÉE DE LA MANCHE. — Voici encore un nouveau plan pour relier la France et l'Angleterre. M. Bradford Leslie, ingénieur de la Compagnie des chemins de fer de l'Est indien, s'est avisé de proposer, pour la traversée de la Manche, l'emploi d'un tube en acier immergé à une profondeur de 12 mètres au-dessous du niveau des basses mers. Le tube serait lesté de manière à peser par mètre courant quatre tonnes de moins que le volume d'eau déplacé et serait maintenu en position par des attaches à des corps morts fixés tous les 75 mètres. L'atterrissage aurait lieu dans des tunnels ou des tranchées convenablement établies. La dépense d'établissement est évaluée à 200 millions.

Voilà au moins 10 ou 12 projets différents pour traverser la Manche en chemin de fer. Nous craignons bien qu'à force d'émettre de nouveaux plans on ne finisse par n'en réaliser aucun. (*Les Mondes.*)

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 6 septembre. — L'examen du travail de M. Du Castel sur le traitement de la variole, lu dans la dernière séance, a été confié à M. le docteur Marrotte. Avec un empressement que sont loin de connaître les candidats à la Société de chirurgie, le bienveillant rapporteur s'acquitte aujourd'hui même de sa mission, et fait du présentateur et de son œuvre un éloge que tempèrent seulement quelques critiques inspirées par une longue expérience. En résumé, notre jeune confrère n'a pas à se plaindre de l'accueil fait par l'Académie à sa première communication. Bientôt, sans doute, nous en dirons autant d'une étude présentée aujourd'hui par M. de Sinéty sur la dysménorrhée membraneuse.

L'intérêt principal de la séance revient à M. Bouley. Comme de juste, il s'agit d'expériences et de faits relatifs à la grande question des *vaccins*. Malheureusement, l'orateur nous a préparé une lecture au lieu d'un discours; or, la lecture la mieux faite (ce qui n'est pas le cas) ne réussit jamais à captiver l'attention autant qu'un discours médiocre (ce qui n'eût pas été le cas).

Les animaux atteints de péripneumonie contagieuse doivent être abattus, de par la loi nouvelle; ce principe, que vient de consacrer le législateur, donne un vif intérêt aux expériences d'inoculation préventive dont cette maladie est l'objet. Telle est la question que soulève M. Bouley dans une leçon faite au Muséum, et dont l'Académie a maintenant connaissance. Des faits encore peu nombreux semblent démontrer l'efficacité de ces inoculations, et mettre en même temps en lumière « l'influence de l'expérimentation sur la solution rigoureuse des problèmes de la médecine. »

On saisit au passage, dans la lecture de M. Bouley, quelques remarques pleines de justesse : combien varie, par exemple, la réceptivité des divers organismes assaillis par les germes morbides. Chaque individu est, pour un virus déterminé, un « milieu de culture » plus ou moins favorable; de telle façon que, sous l'influence du même contage, les uns sont mortellement atteints, les autres à peine touchés. La Fontaine a exprimé une grande vérité scientifique, en disant des animaux malades de la peste :

« Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés ».

Combien de fois n'avons-nous pas vu, pendant la guerre de 1870, les blessés s'infecter les uns les autres à des degrés très divers! un malade venant du dehors et placé à côté d'un pyohémique, lui emprunter une septicémie légère, et qui s'arrêtait en chemin!

Un point intéressant : l'inoculation pratiquée au fanon ou dans toute autre partie riche en tissu cellulaire, est constamment mortelle, ou peu s'en faut; pratiquée au bout de la queue, dans un tissu très dense, elle devient bénigne et préservatrice. Si par hasard des symptômes graves se manifestent, on peut les enrayer par la section de la queue. Ainsi, l'inoculation caudale est une véritable vaccination; et si une première opération n'a pas entièrement éteint la réceptivité, une seconde suffira pour créer l'immunité complète. Les expériences jusqu'ici entreprises ont donné des résultats concordants; il leur manque d'être assez nombreuses pour porter la conviction dans tous les esprits. Qui donc retient encore certains observateurs compétents, et leur fait nier l'efficacité de l'inoculation? M. Bouley en accuse l'influence fâcheuse exercée par les *faits négatifs*, qu'on a rencontrés dans la proportion de 20 pour 100.

Ce dernier mot nous rappelle encore M. Pasteur, aux yeux de qui les faits négatifs ne prouvent rien. C'est absolument vrai, mais il faut bien s'entendre. Les faits que M. Pasteur et M. Bouley appellent négatifs sont ceux qui *ne démontrent pas* la vérité de leurs assertions; nous ne craignons pas qu'ils s'avisent de nommer ainsi, et de cacher soigneusement comme tels, ceux qui les *contredisent*. Mais des observateurs moins sagaces font quelquefois sur ce terrain de singulières méprises.

Ainsi, quand l'inoculation préventive manque son but, en ne conférant pas l'immunité, ou quand elle le dépasse, en produisant des accidents mortels, il ne s'ensuit pas qu'elle ne doive réussir jamais ; ce sont là des faits négatifs après lesquels la vertu de l'inoculation reste à démontrer, rien de plus. Mais prenons un autre exemple : on demande si le tétanos est toujours accompagné de lésions inflammatoires de la moelle. Sur vingt malades on trouve des lésions; sur un seul, examiné avec soin et compétence, on ne trouve rien. Partant de là, j'ai entendu soutenir que le tétanos a pour condition anatomique des lésions visibles de la moelle, car le dernier fait est négatif et ne prouve rien. Qui ne voit l'abus de langage et de raisonnement? Négatif au point de vue de l'*existence de la lésion*, le dernier fait est positif au point de vue de la *chose à démontrer;* il suffit à lui seul pour établir que le tétanos peut exister sans lésions visibles.

Conclusion, déjà connue pour le vaccin jennérien, qui ne préserve pas toujours et qui cependant préserve : l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse peut manquer, mais elle réussit dans une grande proportion, et il faut l'adopter pour épargner « des milliers d'animaux et des millions de francs. » L.-G. R.

# CLINIQUE MÉDICALE

### DES CAUSES DE LA MORT DANS LA PNEUMONIE,

d'après une communication du docteur A. Coomis à la Société médicale de New-York.

C'est à la fois par l'examen clinique de nombreux malades et par la multiplication des observations anatomiques, qu'on peut étudier les causes de la mort dans la pneumonie. Le travail du docteur Coomis a pour base un nombre considérable de faits, parmi lesquels l'autopsie a été pratiquée dans deux cent-six cas de décès par pneumonie simple ou compliquée. Une base d'appréciation aussi large permet d'arriver à des conclusions importantes.

Au point de vue anatomique, on admet trois variétés de pneumonie : 1° la pneumonie lobaire, dont les lésions sont localisées au parenchyme pulmonaire; 2° la pleuro-pulmonie, dans laquelle des lésions pleurales primitives précèdent les altérations pulmonaires; 3° la broncho-pneumonie ou pneumonie catarrhale, dans laquelle les bronches sont le point de départ de l'inflammation, qui se propage ensuite aux vésicules pulmonaires. Au lit du malade, le diagnostic différentiel de ces formes est difficile, quelquefois même impossible; aussi, dans l'étude clinique actuelle, peut-on grouper les trois variétés sous le nom générique de pneumonie. Les préliminaires une fois posés, la première question est de savoir si la pneumonie est une maladie qui cause réellement une très grande mortalité : c'est à la statistique de répondre.

Dans les hôpitaux de Stockholm, sur 12,421 cas de pneumonie, les décès s'élevèrent à 11 p. 100; dans ceux de Vienne, la mortalité fut de 24 p. 100; dans ceux de Bâle, pendant une période de 32 ans, elle s'éleva à 23 p. 100. Chez des malades ayant dépassé l'âge de soixante ans, Grisolle estimait la mortalité à 59 p. 100.

Du 1er mars 1861 au 1er juin 1866, d'après la *Statistique médicale des États-Unis*, on observa parmi les troupes blanches 61,202 cas de pneumonie, et 14,738 décès attribués à cette maladie, soit une proportion de 24 p. 100. Parmi les troupes de couleur, la mortalité fut de 5,238 décès pour 16,133 cas de pneumonie, c'est-à-dire une proportion de 38 p. 100. Pendant la même période, la mortalité dans les autres affections inflammatoires des organes respiratoires ne s'élevait qu'au septième de celle de la pneumonie. Dans une statistique comprenant une période de vingt-cinq mois, on constate à l'hôpital des Confédérés 21,5 décès pour cent malades atteints de pneumonie. A l'hôpital de Bellevue, pendant deux années, on traita 255 cas de cette maladie, parmi lesquels 34 p. 100 succombèrent.

Les statistiques empruntées à la pratique civile sont contradictoires et diffèrent de celles des hôpitaux. D'après Lebert, dans la clientèle de la ville, la mortalité serait de 7,3 p. 100; d'après Ziemssen, de 3,3 p. 100; d'après Burnet, de 8 p. 100; d'après Brundes (de Copenhague), de 21 p. 100; d'après Wilson Fox, de 6 p. 100, et d'après Walsh, de 3 p. 100.

En comparant ces chiffres avec ceux de la mortalité hospitalière, on peut admettre que la mortalité moyenne dans la pneumonie s'élève à 20,1 p. 100. On ne doit donc pas hésiter à considérer cette maladie comme l'une des affections les plus meurtrières, puisqu'elle est la cause du décès d'un malade sur cinq.

De plus, en consultant la statistique médicale de l'Angleterre et celle de la ville de New-

York pour les deux périodes comprises entre les années 1840 et 1858 et les années 1859 et 1877, on constate que la pneumonie est une des affections les plus fréquentes. Pendant la première de ces périodes, sur 100 décès, on compte 5,57 morts par pneumonie, et pendant la seconde période, 4,77 morts. D'une période à l'autre, la différence a donc été de 14,3 p. 100. Durant les mêmes laps de temps, à New-York, la mortalité dans cette maladie était de 5,85 p. 100, de 1840 à 1858; et de 6,20 p. 100 de 1859 à 1877; c'est-à-dire que l'augmentation d'une période à l'autre était de 15,5 p. 100. Ainsi donc, pendant qu'en Angleterre la mortalité était en décroissance, à New-York elle était en augmentation. Par conséquent, la pneumonie est loin de présenter une marche parallèle avec celle de la morbidité générale, et l'augmentation de sa mortalité est indépendante des causes qui modifient cette dernière.

Dans le plus grand nombre des autopsies, on observe de l'œdème pulmonaire et des coagulations sanguines intra-cardiaques. Les caillots sanguins sont le résultat des phénomènes ultimes de la période d'agonie; phénomènes qu'on attribue au défaut d'activité musculaire du cœur et à la stagnation du sang dans les cavités de ce viscère. Doit-on faire de ces lésions anatomiques les causes réelles de la mort, ou bien se demander avec Jurgenson et d'autres observateurs si elles ne sont pas autres que les coagulations sanguines, la congestion et l'œdème pulmonaires? D'ailleurs, au point de vue de la pathologie générale, dans toute maladie il existe une différence profonde entre les altérations morbides qui sont la *cause* de la mort et l'ensemble des phénomènes qui constituent la *forme* de la mort. C'est ainsi, par exemple, qu'on peut succomber par le cœur, sans cependant que cet organe soit la cause de la mort

De plus, les complications ont un rôle considérable dans la terminaison de la pneumonie. Dans le relevé de 255 cas de cette maladie, parmi lesquels, chez 131 malades, la pneumonie était simple, tandis que, chez 124 autres, il existait des complications, la terminaison fut fatale 12 fois seulement dans les cas simples, et s'éleva à 75 dans ceux où il existait des complications. Celles-ci étaient, par ordre de fréquence : l'alcoolisme (30 cas), la pleurésie (17 cas), la maladie de Bright (13 cas), la péricardite (9 cas), l'hypertrophie cardiaque (3 cas), la péritonite (2 cas), la rougeole (1 cas), la bronchite (1 cas). Dans la statistique de Lebert, la mortalité s'élève à 5,5 pour 100 dans les cas simples; dans celle de Brundes (de Copenhague), à 6,3 pour 100, tandis que toutes les pneumonies avec complications étaient mortelles.

Huss (de Stockholm) estime le nombre des décès à 6 pour 100 dans les pneumonies franches et à 20 pour 100 dans les pneumonies compliquées. En comparant les documents publiés par les médecins anglais, William Fox arrive à cette conclusion : que la mortalité est de 75 pour 100 dans la pneumonie compliquée d'endocardite; de 54 pour 100, quand il existe de la péricardite; de 50 pour 100 dans les cas de maladie de Bright, et de 25 pour 100 dans ceux d'alcoolisme. Il est donc probable que ces complications sont funestes, parce qu'elles sont un obstacle à l'action du cœur. De plus, le ventricule droit est déjà encombré par l'obstruction de la circulation pulmonaire. D'ailleurs, il est un fait acquis, c'est que, dans toutes les maladies aiguës, les complications sont d'autant plus redoutables qu'elles produisent un affaiblissement plus grand de la contractilité cardiaque.

Pour quelques auteurs, les coagulations sanguines dans le ventricule droit sont la cause réelle de la mort dans la pneumonie. Dans cette maladie, la composition du sang est modifiée, et l'augmentation de la quantité de fibrine est une condition favorable pour la formation de dépôts et de stratifications fibrineuses sur les colonnes charnues et les cordes tendineuses du cœur. De plus, l'épuisement du cœur est encore dû à l'augmentation de résistance que le sang éprouve dans la petite circulation, par le fait de l'hépatisation pulmonaire. Aussi, la gravité de la pneumonie est-elle en rapport avec l'étendue des lésions.

On a placé une autre cause de l'affaiblissement de l'action du cœur, dans la dégénérescence des fibres cardiaques, par le fait de l'élévation de température. Dans toutes les maladies aiguës, l'hyperthermie est un danger; mais, ici, il s'agit de savoir si ce danger résulte de lésions de structure dans les divers viscères, ou bien de troubles de nutrition des centres nerveux. Or, l'altération des fibres musculaires du cœur est rare dans la pneumonie, et il existe, de plus, des maladies dans lesquelles l'hyperthermie est plus grande et où ces altérations font défaut. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher la cause de la mort.

La pneumonie doit-elle être regardée comme une affection constitutionnelle ou comme une inflammation locale? Elle a des analogies avec les maladies infectieuses par ses prodromes, par la marche de la pyrexie, par ses jours critiques et par sa durée nettement limitée. Cette évolution régulière fait défaut dans les maladies locales; elle est typique dans les pyrexies. A un autre point de vue, la pneumonie se rapproche des maladies infectieuses par ses conditions pathogéniques. L'influence miasmatique, certaines constitutions épidémiques, sont manifestes, comme on a pu le constater à New-York dans les dernières années. Son étiologie a donc une certaine analogie avec celle de la méningite cérébro-spinale et de la diphthérie, et son

mode d'invasion ressemble au début des formes graves de fièvre infectieuse. De plus, les phénomènes nerveux, convulsions initiales chez l'enfant, coma dans la période d'hépatisation chez le vieillard, constituent une autre analogie avec les maladies infectieuses dans lesquelles l'agent spécifique et morbigène concentre primitivement et principalement toute son action sur le système nerveux. Enfin, les lésions anatomiques sont autres que celles des inflammations locales; elles ont des rapports avec celles qui existent dans le cours de la méningite cérébro-spinale et dans la diphthérie.

Mais, à côté de ces analogies, la pneumonie présente aussi des différences avec les maladies infectieuses : par le défaut de prodromes et de période d'incubation; par l'absence de contagiosité épidémique; par une marche variable de la température, ayant tantôt le caractère d'une maladie locale, tantôt celui d'une pyrexie. Par son évolution, elle ressemble beaucoup, pour Wilson Fox, à l'érysipèle; et par les lésions anatomiques, d'après Sturgis, à la fièvre rhumatismale et, d'après Dirkinson, à la néphrite aiguë.

On peut donc considérer la pneumonie aiguë comme une affection dans laquelle le sang est altéré soit par un agent toxique, soit de toute autre manière. Et alors, la cause de la mort serait l'action toxique du sang, soit sur la moelle ou sur les ganglions propres du cœur, ou bien sur ces deux ordres de centres nerveux. Cette théorie explique l'origine des troubles cardiaques et s'appuie sur les travaux de Michael Forster, Wagner, Goltz, Heidenhain, Ludwig, Dubois Reymond et Pflüger.

Dans certains états généraux morbides, où le système nerveux est affaibli, dans l'alcoolisme, dans l'urémie, les troubles cardiaques sont primitifs; ils augmentent par les obstacles dans la circulation pulmonaire et par l'existence même de la fièvre. Ils deviennent encore plus considérables quand l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, viennent diminuer l'étendue des mouvements respiratoires et accroître les chances de mort. Il est donc de la plus haute importance, dans la pneumonie, de reconnaître dès leur apparition les troubles fonctionnels du cœur, au moyen de l'auscultation et de l'examen attentif du pouls. Au début, les pulsations varient en amplitude et en force; dans la période d'état, elles sont inégales; dans le déclin, elles deviennent intermittentes. L'irrégularité et la rapidité excessive indiquent un trouble profond de l'action cardiaque et sont d'autant plus graves qu'elles s'accompagnent d'un affaiblissement du premier bruit du cœur.

Étant donné l'existence des troubles fonctionnels d'origine nerveuse et la possibilité de reconnaître les perturbations dans l'action du cœur dès le début de la maladie, on doit se demander par quels moyens thérapeutiques on peut les combattre. L'opium, sous forme d'injections sous-cutanées de morphine permet de les modérer et de prévenir l'infiltration pulmonaire complète. Aux périodes plus avancées de la maladie, il faut user avec ménagement de ce médicament dans la crainte de produire la paralysie bronchique, l'accumulation des sécrétions dans leur cavité et l'accroissement de la gêne respiratoire. Chez des malades dont on connaissait les antécédents, on a pu par ce traitement éviter les troubles cardiaques et obtenir la guérison dans un âge et dans des circonstances où il n'y avait plus lieu de l'espérer. De plus, cette médication a l'avantage de n'être pas incompatible avec les autres moyens en usage pour combattre cette maladie.

En tout cas, quelle que soit la valeur de l'hypothèse du docteur Coomis, dont la théorie, comme toute théorie, d'ailleurs, n'a qu'une importance relative et passagère, il n'est pas moins probable que les troubles nerveux ont un rôle dans les perturbations de l'activité du cœur, sur l'existence desquelles les observateurs sont d'accord. C'est aussi parce qu'elle s'adresse à eux que la médication opiacée a paru obtenir de nombreux succès, qui mériteraient d'être contrôlés par de nouveaux cas cliniques.

D^r^ Ch. Eloy, ancien interne des hôpitaux.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## AVRIL, MAI ET JUIN 1881

### RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 août 1881 (1)

Par M. Ernest Besnier.

BERCK-SUR-MER (hôpital maritime). — M. CAZIN.

« Je n'ai adressé à la commission, depuis six mois, aucune note sur l'état sanitaire de

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 27 30, août et 4 septembre.

l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, parce que je n'ai eu à enregistrer aucune maladie épidémique.

Deux décès par variole se sont produits parmi les enfants arrivés au convoi de mars. La maladie contractée à Paris ne s'est pas répandue dans nos salles, grâce à la vaccination générale pratiquée en octobre dernier. Pour obvier, autant que possible, à la reproduction de pareils dangers, j'ai demandé à l'administration que tous les enfants qu'on nous envoie soient vaccinés quelques jours avant leur départ de Paris.

Nous avons eu, depuis le commencement de l'année, deux cas de croup isolés. Il s'agissait d'enfants de 3 ans qui, malgré leur jeune âge, ont été guéris par la trachéotomie.

Le premier a présenté cette particularité que la plaie et une partie des voies respiratoires ont présenté des fausses membranes pendant plus de six semaines. Opéré sous mes yeux le 8 janvier par un de mes internes, M. Naudet, on ne put procéder à l'ablation définitive de la canule que le 17 février. La plaie se referma vite, mais resta grisâtre; les amygdales se recouvrirent de nouvelles fausses membranes, et la respiration devint rapidement si embarrassée que, le 21 février, je dus pratiquer une seconde trachéotomie; il sortit de la trachée une plaque diphthéritique bien évidente. Cette fois encore, il guérit; la canule de Broca fut substituée, au bout de six jours, à la canule ordinaire.

Cette canule ne put être enlevée complètement que le 3 mai, c'est-à-dire cinq mois après la première opération. La cause de ce retard résidait dans l'existence d'une bronchite catarrhale à sécrétions très abondantes dont l'expulsion ne pouvait se faire que par l'orifice de la canule.

Le second cas est plus récent. Il s'agit d'une fille opérée par un autre de mes internes, M. Dhourdin, le 1er juillet, et qui aujourd'hui, dixième jour, peut être considérée comme guérie.

Ces deux cas seront l'occasion de quelques réflexions. Et d'abord, je désire attirer l'attention de mes honorables collègues sur la rareté relative des affections diphthéritiques dans un hôpital d'enfants contenant six cents lits.

En effet, si l'on compulse les registres de notre infirmerie, on voit que, abstraction faite des deux cas précédents, le dernier croup s'est montré en 1876, et que, depuis la création du grand hôpital (1869) jusqu'à cette époque, il n'y en a eu que sept cas.

Un second point à noter, c'est la bénignité relative de la maladie ou plutôt sa curabilité plus marquée que dans les autres milieux nosocomiaux.

Une fille opérée en 1872 guérit. En 1873, un garçon non opéré guérit. En juillet 1874 éclate une petite épidémie : un garçon de 14 ans, opéré contre mon gré et sur la demande expresse de son père, succombe; une fille de 6 ans, opérée dans de meilleures conditions, guérit; puis une autre fille du même âge a le même sort; en novembre de la même année, une fillette de 3 ans, opérée, guérit encore. En 1876, un garçon de 2 ans 1/2 est jugé trop faible pour pouvoir supporter l'intervention chirurgicale, il meurt en trois jours.

En résumé, sur neuf cas de croup confirmé, nous avons obtenu sept succès.

Deux non opérés ont donné une mort, un succès; sept suivis d'opération ont donné une mort par infection diphthéritique et six succès.

Je tenais à signaler cette proportion considérable de guérisons après la trachéotomie, absolument exceptionnelle, comme un argument puissant en faveur de la salubrité de notre établissement et de l'influence de l'air marin.

Il est bon toutefois d'ajouter que l'opération est toujours pratiquée de bonne heure, après un ou deux accès de suffocation et que jamais l'asphyxie n'était avancée, circonstance qui me paraît devoir être prise en sérieuse considération. »

### COMMENTRY (ALLIER). — M. PAUL FABRE.

« Commentry est décidément une des villes de France qui contribuent le plus à empêcher la dépopulation de notre pays.

Durant le deuxième trimestre, il y a eu dans cette commune 111 naissances et 60 décès.

La coqueluche a continué à régner avec assez d'intensité. Elle s'est étendue jusque dans le canton de Montluçon. J'en ai vu, pour ma part, 28 nouveaux cas. Mais la gravité est allée décroissant. Je n'ai relevé aucun décès.

15 nouveaux cas de scarlatine, dont 2 ont été compliqués de rhumatismes et d'endo-péricardite, m'ont été signalés dans le canton de Commentry et à Doyet. Il n'y a pas eu de décès. Dans deux familles différentes, deux des enfants ont été atteints presque simultanément.

La petite épidémie d'oreillons, qui, dans le premier trimestre, semblait vouloir se développer, s'est éteinte, au contraire; et je n'en ai observé que 4 nouveaux cas, dont 3 dans le canton de Marcillat.

Quant aux érysipèles, j'en ai, pour ma part, vu 6, dont 4 à la face, 1 au tronc, chez un enfant, et 1 à forme phlegmoneuse au bras et au thorax, chez une femme de 62 ans. Tous ont guéri. 5 autres cas d'érysipèle (dont 2 au tronc, phlegmoneux, ont été suivis de mort) m'ont été signalés par mes confrères.

Ce sont surtout les fièvres typhoïdes qui ont sévi dans notre région pendant les trois derniers mois. J'en ai soigné 16, dont 2 ont eu une terminaison fatale : l'une par complication de pneumonie chez un enfant en convalescence; l'autre chez une jeune femme (au huitième jour d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique des mieux marquées).

J'ai eu connaissance de 5 autres décès sur 26 autres cas de fièvre typhoïde. Sur ce chiffre total de 7 décès pour fièvre typhoïde, 4 se sont présentés chez des parents ou des voisins de la première personne décédée.

Une douzaine de cas de pneumonie, qui pour la plupart ont présenté un caractère typhoïde assez net, et en rapport avec la constitution médicale du moment, sont venus à ma connaissance. 4 ont été suivis de décès.

J'ai de plus à signaler, pour le dernier mois, des fièvres puerpérales au nombre de 7 pour tout le canton de Commentry. Il n'y a eu que 2 décès jusqu'à ce jour.

Enfin, depuis la fin d'avril, surtout à partir du moment où la température atmosphérique se mit à baisser brusquement, et où les pluies tombèrent en abondance, des entérites, des dysenteries, des diarrhées, quelques cas même de choléra nostras (avec crampes, vomissements, sueurs froides, selles riziformes) se sont montrés en assez grand nombre. J'ai observé une dysenterie légère chez quelques-uns des soldats du détachement du 139e de ligne qui avait été envoyé de Clermont à l'occasion de la grève des mineurs. Il n'y a pas eu de décès chez les adultes; mais il y a eu 4 décès par choléra infantile. »

ROUEN. — M. LEUDET.

*Division de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen.* — « Pendant le deuxième trimestre 1881, le nombre de malades a été peu considérable à l'Hôtel-Dieu comme en ville. Pendant les mois de mai et juin, un quart des lits de ma division est resté vacant.

La fièvre typhoïde n'est représentée que par 6 cas, tous terminés par la guérison. Deux malades ont présenté au summum de la fièvre dans la deuxième semaine, des rémissions exagérées de la fièvre qui ont cédé au sulfate de quinine.

La variole diminue graduellement. La salle d'hommes dans laquelle entrent tous les varioleux hommes de l'Hôtel-Dieu, n'en a reçu que dix cas, dont un seul de variole vraie chez un ouvrier du port âgé de 21 ans et non vacciné. La variole n'est pas éteinte, car, le 9 juillet, j'ai encore reçu un nouveau cas de variole. En ville, les cas continuent à être peu nombreux. On en signale quelques foyers isolés, surtout dans l'arrondissement d'Yvetot.

Huit cas de rhumatisme et neuf cas de pneumonie représentent un nombre très restreint de maladies aiguës.

Des maladies chroniques, dont quelques-unes très intéressantes, ont été observées dans ma division.

Je citerai un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire avec perméabilité du trou de Botal, mortel par tuberculose pulmonaire; un cas de végétation fibrineuse considérable d'une des valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire, avec épaississement de cette valvule, sans imperfection de la cloison interventriculaire ou perméabilité du trou de Botal ou du canal artériel chez un homme de 34 ans.

Plusieurs maladies du foie très curieuses; une cirrhose interstitielle et centrale du foie ayant nécessité une paracentèse abdominale, huit ans auparavant, devint mortelle par le développement d'une péritonite fibrineuse aréolaire, survenant à la suite d'épistaxis nombreuses et d'une dernière recrudescence d'ictère.

Une femme m'a présenté un nouveau cas de pyléphlébite intra-hépatique suppurée consécutive à l'accumulation de calculs biliaires dans une branche volumineuse des canaux biliaires intra-hépatiques. Ce fait a été en outre très intéressant par les accidents réflexes provoqués à distance par la compression du foie ou de quelques points morbides d'excitabilité réflexe sur le membre supérieur droit.

Chez un autre malade atteint de cirrhose, j'ai pu constater tout un enchaînement de lésions rares : gastrite chronique, péritonite chronique au hile du foie, induration avec hypertrophie de la tête du pancréas sans dilatation du canal de Wissung, dilatation du canal choledoque, dilatation de la vésicule biliaire, ulcération de vaisseau variqueux à sa surface péritonéale de la vésicule.

Comme toujours, à pareille époque, l'empoisonnement saturnin chronique amène dans mes salles des malades nombreux. L'un présentait, outre une néphrite chronique, une hémor-

rhagie cérébrale; un autre, avec la néphrite interstitielle, l'hypertrophie du ventricule gauche, succomba aux suites d'une hémorrhagie du cervelet ouverte dans le quatrième ventricule; enfin un dernier saturnin présentait les symptômes certains de la goutte. »

(*La fin au prochain numéro.*)

# Congrès médical international

### Maladies mentales.

*Sur l'enseignemen des maladies mentales.* — M. CLOUSTON, professeur à l'Université d'Édimbourg, lit un mémoire très travaillé sur ce sujet. Dans les cours ordinaires, il suffirait qu'un étudiant assistât à une douzaine de leçons cliniques pour lesquelles on devrait choisir les cas typiques de chaque espèce, et en montrer les modifications pathologiques remarquables, etc. Pour une connaissance plus approfondie un cours de trois mois serait nécessaire; ce cours devrait être suivi par tous les étudiants qui se proposent de concourir pour les emplois publics, ou qui font 5 années d'études. La médecine mentale doit être un sujet facultatif dans les examens les plus élevés. L'auteur donne alors un programme des études à suivre dans les deux cas.

Dans la discussion qui suivit tous furent d'accord à faire servir les asiles départementaux, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, à l'instruction des élèves.

*Incapacité testamentaire.* — M. BUCKNILL, dans un mémoire sur ce sujet, attira surtout l'attention sur un fait récemment passé en Angleterre et dans lequel la cour déclara capable d'exprimer sa volonté une personne qui avait été reconnue sujette au délire de suspicion et de persécution.

M. MANDSLEY dit que c'était là une conséquence de décisions analogues prises en Amérique, et avec MM. Wood et Orange, approuva cette manière d'agir.

M. MOTET rappela la difficulté qu'on éprouve à décider cette question dans les cas d'affections cérébrales avec affaiblissement intellectuel; et M. BUCKNILL rapporta l'histoire d'un patient, dans un asile privé, qui, sur son avis, fit un testament avec les précautions légales convenables.

*Hypnotisme.*—M. TAMBURINI a étudié de la manière la plus scientifique l'état de la circulation, de la respiration et de l'irritabilité musculaire, aussi bien que les réactions des sens pendant l'état hypnotique. Par cette méthode seulement on peut éliminer les déceptions et les tromperies et la question pourra avoir une solution vraiment scientifique.

*Mégalomanie* (délire des grandeurs). — M. FOVILLE, dans un travail intéressant à ce sujet, établit deux formes de ce délire : la première passagère, inconstante et généralisée, survient dans la paralysie générale, d'une façon transitoire dans la manie, dans les affections organiques du cerveau et dans l'alcoolisme, et dans tous ces états dépend probablement d'une hypérémie de l'écorce du cerveau. La seconde variété est systématique et permanente, chronique dans son évolution et incurable, associée ordinairement avec des hallucinations et le délire de persécution; les malades se figurent être des personnages élevés ou avoir des droits méconnus aux honneurs et aux richesses, etc.

*Localisations cérébrales et hallucinations.* — Dans ce mémoire, M. TAMBURINI dit que Panizza, en 1856, reconnut l'existence d'un centre de la vision dans l'écorce cérébrale, mais que cette découverte fut complétée par Ferrier. L'auteur s'efforce de démontrer que les hallucinations sont causées par les maladies des centres corticaux sensitifs.

M. FERRIER pense que les hallucinations peuvent être considérées comme des convulsions sensorielles analogues à celles qui surviennent dans les centres moteurs.

Le docteur Alex. ROBERTSON, dans sa communication sur les hallucinations unilatérales, en attribue l'origine aux centres moteurs, ce qu'il ne croit pas cependant suffisamment encore démontré.

M. FOURNIÉ (Édouard) s'efforça de prouver que les hallucinations ne diffèrent des actes ordinaires de la mémoire que parce qu'elles naissent involontairement et inconsciemment. Un stimulus anormal provenant ainsi de l'écorce cérébrale serait transmis aux couches optiques et, en réveillant l'activité de ces organes, donnerait lieu à de fausses impressions. Cette théorie rencontra une opposition générale.

Une note de M. MOTET, *Sur le traumatisme moral dans l'alcoolisme*, présente un grand intérêt, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal, en attirant l'at-

tention sur le développement possible de la manie transitoire (non du type du *delirium tremens*, mais plus semblable aux accès maniaques post-épileptiques). Cette manie serait le résultat d'un *choc mental* chez une personne d'habitudes alcooliques.

La *stupeur mentale* fut le sujet d'une communication importante de M. HACK TUKE. Il décrivit trois cas dans lesquels cet état était associé à l'épilepsie, et exprima l'opinion que, si on examinait ces cas de près, on trouverait qu'ils sont dus à la concentration de l'esprit sur une idée fixe mélancolique. Il propose d'abandonner le terme de « démence aiguë », et de le remplacer par celui de « stupeur mentale », en ajoutant « avec mélancolie » lorsqu'il y en a des signes évidents.

M. FOVILLE fit observer que le terme de « démence aiguë » n'était plus employé en France; d'autre part, il y a une différence marquée entre la stupeur anergique et la stupeur avec mélancolie, bien que, dans quelques faits, la distinction soit difficile par suite des conditions assez semblables dans les deux cas à la période ultime.

M. LASÈGUE fit sur l'épilepsie une communication dans laquelle il décrivit l'épilepsie vraie comme due à une malformation du crâne, soit idiopathique, soit traumatique; toutes les autres formes ne sont que de l'épilepsie fausse, comme celles dues au traumatisme cérébral, à une lésion organique, et à des états toxiques ou hystériques. L'épilepsie vraie consécutive à une malformation du crâne ne survient qu'après son ossification, et se développe invariablement entre 14 et 18 ans. La tête est asymétrique dans les sens transversal et antéro-postérieur, la face l'est également, et la bouche est de travers (strabisme buccal). Cette forme n'est ni héréditaire, ni transmissible aux descendants. Toutes les attaques d'épilepsie sont semblables, en quoi elles diffèrent des formes épileptoïdes; elles surviennent de quatre à sept heures du matin, pendant le passage du sommeil au réveil.

Les relations de l'aliénation mentale avec la paralysie agitante furent étudiées par M. BALL, avec le goître exophthalmique par M. SAVAGE, et avec la goutte par M. RAYNER.

D'après le mémoire de M. Ball et la discussion qui suivit, et dans laquelle on cita plusieurs autres cas, on peut conclure que l'aliénation mentale est plus souvent liée à la paralysie agitante que le petit nombre de cas publiés le ferait croire,

M. SAVAGE rapporte trois cas dans lesquels l'insanité était associée au goître exophthalmique, et dit que cette affection peut survenir dans la paralysie générale des aliénés. Il cite un cas où cet état morbide apparaissait dans les accès d'aliénation, disparaissait dans les intervalles, et fut amélioré par l'hyoscyamine.

M. RAYNER cite des cas d'aliénation due à la goutte rétrocédante et latente, et d'autres dans lesquels la goutte était simplement une cause adjuvante. L'importance de reconnaître sa présence au point de vue du diagnostic et du traitement fut établie, ainsi qu'un parallèle entre l'aliénation causée par le saturnisme et l'alcoolisme.

Le docteur SAVAGE a présenté des préparations montrant les altérations des éléments nerveux préparés pour l'examen microscopique après durcissement dans l'alcool. Il montra aussi des sections microscopiques contenant des corps celloïdes et amyboïdes, qui étaient dus probablement au mode de préparation.

M. HOLLER communiqua une note sur une manière de préparer de larges coupes de cerveaux humains, dont il présenta des spécimens. Ce procédé est une modification de la méthode de Sankey, de larges tranches étant teintes dans le carminate d'ammoniaque, placées dans le baume du Canada, séchées sur des objectifs de terre, et préparées avec des ténotomes à la minceur voulue.

M. BENEDIKT présenta une série de 50 crânes de criminels sur lesquels il avait découvert, comme élément caractéristique, une coalescence des fissures typiques. Il appelle « atypique » cette déviation du type normal, qu'on retrouve dans l'insanité et l'épilepsie héréditaires et d'autres types inférieurs du cerveau humain.

M. SHUTTLEWORTH donna un résumé intéressant des signes caractéristiques du crâne des idiots, et le docteur FLETCHER BEACH montra des crânes crétinoïdes et microcéphales, faisant ressortir la relation étroite qui existe entre la symptomatologie mentale et le développement des circonvolutions. Il a vu avec M. Hilton Fagge que dans l'idiotie crétinoïde le corps thyroïde faisait défaut, et qu'il paraissait suppléé par des tumeurs graisseuses dans les triangles postérieurs du cou. Ses préparations microscopiques montrèrent l'absence de prolongements dans les cellules motrices du cerveau des idiots.

**Hygiène et médecine publique.**

*Mode de propagation de la fièvre jaune et du choléra* et moyens les plus propres à prévenir leur diffusion, soit d'un pays à l'autre, soit dans un pays donné. — M. Billings communiqua le résultat de l'expérience des dernières années aux États-Unis. En ce qui concerne la fièvre jaune, il la considère comme une maladie spécifique capable de se communiquer d'une personne à l'autre et par l'intermédiaire des vêtements, etc. L'inspecteur général Lawson, au contraire, en exposant le résultat de son expérience sur la côte ouest de l'Afrique et dans les Indes orientales, rapporte l'origine de la maladie à des causes locales et ne pense pas qu'elle puisse être transmise par les vêtements ou autres substances poreuses.

Ces deux opinions trouvèrent des défenseurs dans la discussion qui suivit. M. Billings se prononça en faveur des quarantaines, mais il ne comprend pas dans ces termes la détention des vaisseaux à bord desquels il est survenu des cas de maladie pendant une période plus longue qu'il n'est nécessaire pour le nettoyage complet du vaisseau et la désinfection de tous les vêtements. Il exprima la nécessité d'un échange d'informations internationales en cas d'invasion de fièvre ou de choléra.

M. Fauvel rappela la différence des conditions climatiques des diverses contrées dans lesquelles la fièvre jaune survient, et comme conséquence insista sur la nécessité qu'il y a à laisser à chaque pays le soin de prendre les mesures qu'il jugera convenables pour limiter la maladie.

M. Christie rapporta l'histoire de plusieurs épidémies de dengue; il pense que le seul moyen de la prévenir consiste dans l'amélioration des conditions sanitaires.

*Sur les meilleurs moyens de prévenir la diffusion de la syphilis.* — Plusieurs notes furent présentées sur ce sujet par MM. Castella (de Turin), A. Cunha Bellem (de Lisbonne), Gihon (des États-Unis), Henry Lee (de Londres), Drysdale (de Londres), Allbutt (de Leeds); elles provoquèrent une longue discussion qui n'était pas terminée au bout du temps qui lui était réservé, et qui d'ailleurs ne comportait aucun résultat pratique.

*Des maladies contagieuses* at home (fièvre typhoïde et scarlatine, rougeole, coqueluche, diphthérie, etc.).

M. de Chaumont lit le résumé d'un travail sur les principes à observer pour prévenir la diffusion de ces maladies. M. Gibert donne le compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde au Havre, et qui parut causée par une mauvaise disposition du drainage et des égouts. Le docteur Stopford Taylor parle sur l'importation des maladies infectieuses à Liverpool, leur diffusion et les moyens de prévention employés; le docteur Page sur la prévention de la diffusion de la fièvre scarlatine, surtout au point de vue de la période d'incubation, la période probable pendant laquelle le pouvoir d'infection continue, et pendant laquelle, par conséquent, l'isolement doit être plus strict que jamais, et les mesures de désinfection et de purification des personnes, des maisons et des vêtements, nécessaires après l'invasion de la maladie.

*Influence de différents aliments* (non compris l'eau) *sur la diffusion des affections parasitaires, zymotiques, tuberculeuses et autres.* — La transmission probable de la tuberculose des animaux à l'homme, par l'intermédiaire du lait et de la viande, fut discutée par le docteur Creighton (de Cambridge); l'invasion d'une affection aiguë spécifique pour avoir mangé du porc infecté d'une espèce de bacillus, par les docteurs Ballard et Klein. MM. Hart, Vacher et Hogg lurent des notes sur la diffusion des maladies par divers aliments. M. Carpenter fit une communication sur l'innocuité des aliments, animaux ou végétaux, provenant des champs irrigués par les eaux d'égout.

Une discussion animée fut soulevée par la lecture d'un mémoire du docteur Acland sur les conditions internationales d'admissibilité à la pratique. Il soutint qu'il y avait des conditions dans lesquelles un pays civilisé devrait donner aux porteurs de diplômes étrangers des privilèges égaux à ceux conférés à ses nationaux; que ces conditions ne doivent pas comprendre nécessairement de nouveaux examens; que les conditions entre pays étrangers ne doivent pas être les mêmes qu'entre une mère patrie et ses colonies, et que la garantie des privilèges par un pays ne doit pas impliquer la réciprocité de la part des autres. La presque généralité de la section fut d'avis que l'admission à la pratique doit être réglée par des preuves suffisantes de qualification professionnelle et morale, entièrement indépendantes de toute question de réciprocité.

M. Rabagliati fit un discours sur les précautions à prendre dans la nomenclature et la classification médicales pour se mettre en garde contre de fausses conclusions statistiques; il

conseilla entre autres de publier les tableaux des maladies *in extenso*, au lieu de n'en donner que des extraits classés d'une certaine manière. M. FINKELBURG (de Bonn) émit quelques considérations sur les erreurs à éviter dans les statistiques.

M. VAN CAPELLE donna un aperçu des mesures adoptées en Hollande pour prévenir la diffusion de la rage, avec les résultats obtenus, indiqués par des cartes montrant la distribution des cas mortels dans ce pays par année, de 1875 à 1880.

M. COLAM, chirurgien de marine pendant la dernière expédition au pôle arctique, lit une note sur la maladie des chiens, ou folie canine, dans les régions arctiques, ses rapports avec l'hydrophobie, et les mesures prises et suggérées pour son extinction.

Dans la discussion qui suivit, on attacha beaucoup d'importance à arrêter la maladie par la destruction de tous les chiens affectés aussitôt que son existence est clairement démontrée. M. DOLAN, qui donna des détails sur l'extension de la rage en Angleterre, dans les dix dernières années, émit l'opinion qu'il était nécessaire d'édicter une loi efficace qui permît d'exercer un contrôle sérieux sur cette formidable maladie, opinion qui parut rencontrer l'assentiment général de la section.

Un autre mémoire de M. MAC CORMACK (de Belfast), sur la manière de limiter et de neutraliser plus ou moins la force de la contagion et de l'infection en retenant la respiration pendant qu'on se trouve dans le voisinage du malade, fit recommencer la discussion sur la contagion *at home*. M. BLAXALL rappela une épidémie de choléra survenue sur la flotte à Malte, qui reconnaissait évidemment une origine locale, et, avec le docteur DE CHAUMONT, se prononça catégoriquement sur l'impuissance des quarantaines à mettre à l'abri des maladies en l'absence de mesures hygiéniques convenables. Quant à la contagion des fièvres typhoïde et scarlatine, de la rougeole, de la coqueluche, de la diphthérie, et surtout de la fièvre scarlatine, divers orateurs, M. SIMON, entre autres, ont paru attacher une grande importance à la notification des cas de maladies infectieuses, l'établissement d'hôpitaux libres pour leur traitement, le séjour des malades pendant un temps suffisant dans ces hôpitaux, et l'emploi judicieux des substances désinfectantes. Parmi ces dernières, la chaleur paraît être le moyen le plus approprié pour la désinfection des vêtements, de la literie, etc., tandis que l'air pur, l'eau chaude et les fumigations sulfureuses paraissent plus efficaces pour les bâtiments.

Divers mémoires ont encore été lus ou présentés à la section en l'absence des auteurs : Gavin Milroy : Influence de l'alimentation sur la santé des classes ouvrières dans nos colonies. — Alf. Carpenter : L'irrigation par le drainage constitue un succès en hygiène publique. — Zuelzer (Berlin) : Examens de l'urine par rapport à l'hygiène publique. — Docteur José Ennes (de Lisbonne) : La chasse aux trichines. — Groz de Csatar (Hongrie) : Influence des mesures internationales pour maintenir la bonne qualité des aliments et des boissons. — W. Hogg : La falsification des substances alimentaires, ses causes et ses effets; moyens de les combattre. — Peeters (de Gheel) : Sur le traitement des aliénés en village. — Poussié : Communication sur la pellagre.

L.-H. PETIT.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Atrophie syphilitique des dents.* — M. PARROT rattache à la syphilis héréditaire certaines altérations atrophiques des dents qui ont été considérées par beaucoup d'auteurs comme résultant des pyrexies de l'enfance et, par M. Magitot, de l'éclampsie.

Ces altérations peuvent être groupées selon cinq types, dont l'étude intéresse le praticien au point de vue du diagnostic souvent difficile de la syphilis héréditaire :

1° *Atrophie cuspidienne.* C'est la plus importante. La partie altérée semble libre au milieu de la dent et paraît en retrait sur la partie saine, dont elle est séparée par une sorte de sillon et dont elle diffère par sa friabilité et sa teinte ocreuse. C'est la surface triturante de la première molaire qui est le plus souvent atteinte.

2° *Atrophie cupuliforme.* Les incisives médianes supérieures, larges et hautes, présentent sur leur face antérieure ou postérieure de petites dépressions en cupules, en nombre variable, de une à huit, rangées régulièrement sur une ligne horizontale. Ce type paraît être la lésion élémentaire fondamentale des autres formes, avec lesquelles elle coexiste fréquemment.

3° *Atrophie sulciforme*, en sillon, étudiée particulièrement par Magitot. Sillons horizontaux, rarement obliques ou verticaux, au nombre de un à trois, parallèles, siégeant habituellement sur les incisives, séparés par une sorte de boursouflure de l'émail, et paraissant formés par une série de très petites cupules.

4° *Atrophie en hache.* Ne s'observe que dans la première dentition, aux incisives supérieures médianes. Amincissement selon les bords, de la partie moyenne de la dent; l'extrémité libre gardant sa largeur primitive.

5° *Atrophie en scie.* Encoches siégeant surtout sur les incisives supérieures médianes. Hutchinson établit un rapport d'étiologie entre cette forme et certaines kératites qu'il appelle hérédo-syphilitiques. (*Journal de méd. et chir. pratiques*, mai 1881.) — P. B.

*Scarlatines bénignes*, par M. Blachez. — Dans la dernière épidémie, M. Blachez a observé plusieurs cas de scarlatines très légères qu'il propose d'appeler scarlatinoïdes. Dans ces cas, qui peuvent même passer inaperçus, l'éruption, bien caractérisée, s'accompagne d'une fièvre légère et la desquamation peut faire défaut. Parfois encore, la maladie ne s'accompagne que d'un léger malaise, bien que les différentes périodes, y compris celle de desquamation, aient été constatées. La dénomination de scarlatine fruste a été appliquée principalement aux cas où l'éruption manque; à ceux-ci conviendrait le nom de « *scarlatinoïde* ».

Dans ces formes bénignes, on pourrait se départir un peu de toutes les précautions rigoureuses qui sont la règle dans les scarlatines ordinaires. Ces malades ont pu être rendus à la vie commune au bout d'une semaine, sans qu'il en soit résulté d'inconvénient soit sous le rapport des accidents rénaux, soit sous celui de la contagion. M. Blachez pense qu'on a exagéré l'influence du refroidissement dans la production de l'albuminurie; la complication rénale fait habituellement défaut dans les formes avortées de la scarlatine, et peut se montrer, malgré les précautions les plus minutieuses, dans les formes plus graves. Le rein se prend chez les scarlatineux comme le cœur chez les rhumatisants; c'est une phase secondaire de la maladie. Toutefois, dans les formes bien caractérisées, il est plus prudent de s'en tenir aux recommandations usitées. (*Gazette hebdom.*, 1881, n° 24.) — P. B.

*Traitement de la polyurie par la pilocarpine.* — M. Huchard a obtenu par les injections de pilocarpine une amélioration considérable, qu'on peut considérer comme une guérison, chez un polyurique azoturique qui avait suivi sans résultat tous les traitements, belladone, bromure et iodure de potassium, valériane à haute dose, opium et injections morphinées, ergot de seigle, électricité, etc. On faisait tous les jours une injection sous-cutanée d'une demi-seringue de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . . | 20 grammes. |
| Nitrate de pilocarpine . . . . . . . . . . | 0 gr 20 centigr. |

c'est-à-dire 1 centigramme de substance active. Au bout d'un mois, la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures était tombée de 10 litres à 2 litres; l'urée, de 90 gram. à 30 et 25 gram.; le poids du malade avait augmenté de 8 kilogr. en moins de deux mois.

Des résultats analogues ont été obtenus chez deux autres malades polyuriques du même service. (*Journal de méd. et chir. prat.*, avril 1881.) — P. B.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 26 août au 2 septembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,015. — Fièvre typhoïde, 72. — Variole, 19. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 54. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchites aiguës, 29. — Pneumonie, 49. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 86 ; au sein et mixte, 59 ; inconnu, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 72 ; circulatoire, 48; respiratoire, 43 ; digestif, 43 ; génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 8. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 10.

Conclusions de la 35e semaine. — Si la semaine qui vient de s'écouler devait être jugée d'après le nombre de décès enregistrés (1,015), il serait permis de croire à un état stationnaire général. L'aggravation de 20 décès qu'elle présente sur celle qui l'a précédée pourrait être attribuée, en effet, aux oscillations ordinaires que l'on doit rencontrer dans la succession des semaines. Mais la comparaison des chiffres des maladies causes de mort accusés par ce bulletin, à ceux relevés pour les mêmes affections pendant la 34e semaine, révèle des différences sensibles dont il importe d'autant plus de tenir compte qu'elles intéressent plus particulièrement les enfants et les jeunes gens. Nous signalerons surtout la diminution des décès dus à l'Athrepsie, qui sont pourtant, ce nous semble, plus nombreux encore qu'ils ne devraient l'être par ces faibles chaleurs (150 au lieu de 173), et l'augmentation des décès par Fièvre typhoïde (72 au lieu de 38).

Comme conséquence de ce croît considérable de décès typhiques, les décès généraux d'individus âgés de 15 à 35 ans se sont élevés à 237, alors que durant la 34e semaine il n'en avait été inscrit que 184 pour ce groupe d'âge. Notons encore que, sur les 8 décès typhiques fournis par la garnison, 3 proviennent de soldats casernés à l'École militaire.

Le chiffre des décès par Variole s'est aussi accru cette semaine; il a été de 19 (contre 12 la 34e semaine). Le quartier de l'Hôpital-Saint-Louis continue à être le siège de prédilection de cette épidémie. Ce quartier a d'ailleurs été tout spécialement frappé, puisque sur 24 décès par toutes causes, il en compte 12 qui proviennent d'affections épidémiques.

Depuis plusieurs semaines, le nombre des décès par Rougeole va toujours en s'atténuant. Le présent bulletin en indique 6, chiffre bien au-dessous de la moyenne; d'un autre côté, la Scarlatine, qui les années précédentes occasionnait seulement, en moyenne, de 3 à 4 décès, fait cette année de nombreuses victimes, 10 à 15 par semaine. La Diphthérie demeure à peu près stationnaire, avec un chiffre de 44 décès.

A l'égard des cas d'invasion des principales maladies épidémiques, l'examen du relevé des entrées dans les hôpitaux, du 22 au 28 août, permet d'espérer une prochaine atténuation des sévices de la Variole; mais il est moins rassurant en ce qui concerne la Fièvre typhoïde, qui a motivé, pendant ces sept jours, un nombre d'admissions beaucoup plus élevé que durant la période précédente.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## FORMULAIRE

Potion purgative. — Collier.

| | |
|---|---|
| Huile de ricin . . . . . . . . . . . . . . . . | 15 grammes. |
| Teinture de quillaya. . . . . . . . . . . . | 2 — |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . . | 30 — |

On broie avec beaucoup de soin l'huile de ricin avec la teinture, afin de l'émulsionner, et on ajoute l'eau peu à peu, sans cesser d'agiter.

Les résines, les baumes, les extraits résineux et les corps gras peuvent s'émulsionner de la même manière, avec la teinture de quillaya. — N. G.

## COURRIER

Les poissons qui chantent. — On sait qu'un certain nombre de poissons jouissent de la faculté de pouvoir émettre quelques sons : les loches, les barbeaux, les carpes sont bien connus à cet égard; le hareng, quand il se sent pris au filet, crie comme une souris. La cause du bruit émis est variable suivant les espèces. En ce qui concerne un siluroïde, le *Callomystax gagata*, M. Haddon a observé une disposition anatomique particulière, en rapport avec ce phénomène. Les deux ou trois premières vertèbres sont soudées entre elles et avec la tête; et le premier ligament intervertébral en arrière de ce point est plus épais qu'en aucun autre; cette disposition indique déjà *a priori* que cette région est le siége de mouvements plus étendus que tout autre point de la colonne vertébrale; il en est ainsi en effet, et si l'on vient à dresser verticalement le corps de l'animal, un son aigu et strident se fait entendre.

De plus, les larges apophyses neurales des vertèbres fusionnées se confondent elles-mêmes et s'unissent par une suture oblique à la crête occipitale, de façon à représenter la continuation de cette crête en arrière. La moitié postérieure de cette lame osseuse est divisée en deux lames verticales dont les angles supérieurs et postérieurs sont finement dentelés à leur surface interne.

Les deux os interspinaux antérieurs s'unissent, d'autre part, entre eux au moyen de sutures; ils s'élargissent de façon à supporter la forte épine antérieure de la nageoire dorsale. L'os cunéiforme qu'ils constituent est également denticulé des deux côtés, de façon à représenter une double lime; il vient se loger entre les deux lames susdites.

Il est maintenant facile de comprendre par quel mécanisme se produit le bruit. La tête, les vertèbres antérieures et leurs apophyses neurales fusionnées forment un tout rigide; le reste de la colonne vertébrale, y compris les os interspinaux, est au contraire plus ou moins flexible. Lorsque la double lime que porte le pemier os interspinal vient à passer au contact de la surface interne dentelée de l'apophyse neurale, il se produit une stridulation. (*Les Mondes.*)

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# PATHOLOGIE

## DE LA DIARRHÉE DE CAUSE PALUSTRE;

Mémoire communiqué à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 février 1881 (1),

Par le docteur P. Lardier,
Chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (Vosges).

Obs. I. — *Fièvre paludéenne larvée. — Congestion intestinale. — Diarrhée. — Syncope.*

Une de mes parentes, M^me R..., âgée de 39 ans, de bonne constitution, mais vive et nerveuse, avait éprouvé de grands chagrins, dont son état moral avait fortement et d'une façon persistante éprouvé les atteintes. Depuis quelque temps, en octobre 1875, alors que je lui donnais mes soins, ses digestions, laborieuses, étaient suivies de diarrhée avec coliques, ou de constipation opiniâtre. Un traitement approprié, destiné surtout à relever les fonctions digestives, amena peu ou pas de résultats favorables. Voyant ma médication impuissante, j'examinai (et j'en eus surtout le loisir habitant la même maison que ma parente), je surveillai la malade de plus près. Je reconnus que ces coliques survenaient surtout au matin et qu'elles provoquaient même le réveil entre quatre et cinq heures. Les garde-robes se composaient en majeure partie de matières glaireuses, gluantes, transparentes, ordinairement blanches, parfois pourtant teintées de rouge, quelquefois même il y eut de légères hémorrhagies intestinales.

Soupçonnant, en présence de ces accidents, l'intoxication palustre, quoique ma conviction ne fût pas faite, je prescrivis du sulfate de quinine et une solution d'arséniate de soude. La malade se soumit difficilement au sulfate de quinine, quoique les doses fussent faibles (0 gr. 60 par jour), et voyant sous l'influence de ce médicament disparaître le peu d'appétit qui lui restait, elle voulut absolument suspendre son emploi. J'avais remarqué cependant, dans les jours qui suivirent, une amélioration appréciable. Les garde-robes étaient devenues moins glaireuses, moins fréquentes.

Sur ces entrefaites, la malade voulut être examinée au spéculum, prétendant que toutes ses sensations, ses malaises, devaient provenir d'une affection utérine. Déjà, une quinzaine d'années auparavant, habitant Fraize, elle avait eu une ulcération du col, que des cautérisations répétées au nitrate d'argent avaient guérie. Je reconnus effectivement à mon examen que la lèvre postérieure était le siège d'une ulcération du volume approximatif d'une lentille. Je la cautérisai séance tenante, puis l'adressai à mon excellent maître, le docteur Stoltz, de Nancy, qui, après trois ou quatre visites successives, la rendit à son médecin ordinaire, guérie de l'ulcération, mais non de l'affection intestinale.

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 septembre.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Les entendez-vous, nos revenants des côtes de la Normandie ou de la Bretagne? Quelles plaintes! Quels gémissements! Quels regrets d'avoir imprudemment abandonné notre Bois et nos boulevards! Pas un seul jour sans pluie ou sans tempête sur ces plages inhospitalières. Et encore, me disait un de ces infortunés pérégrinateurs, n'avoir pas eu la précaution d'emporter un chaud vêtement d'hiver, de sorte qu'on gelait et qu'on grelotait là où l'on était venu chercher le soleil et sa bienfaisante influence. Je les plains de toute mon âme, mes chers confrères, je plains aussi leurs femmes, je plains surtout leurs chers enfants, à la santé, au développement desquels ces distractions d'août et de septembre sont si favorables.

Si la mémoire ne me fait défaut, je crois me rappeler qu'il en fut absolument de même en août et septembre 1866. Après un mois de juillet sénégalien, le temps se refroidit sous l'influence de pluies incessantes. Les fleurs de nos jardins tristement penchaient sur leur tige leurs corolles flétries. La reine-claude hypertrophiée tombait sur le sol fendue et dégradée. La pêche ne se colora pas de cette teinte purpurine, régal des yeux avant d'être le régal des papilles linguales. Le raisin, abondant comme jamais, n'arriva pas à maturité. Sommes-nous menacés des mêmes désastres? Je le crains; et, pour plusieurs produits de Pomone et de Flore (style de Baour-Lormian), c'est déjà fait.

*
* *

Je ne sais si d'autres que moi auront fait cette remarque que je signale aux naturalistes : sous

M. le docteur Stoltz néanmoins avait, durant le traitement de l'ulcération, donné à Mme R... ses soins pour ce que je considérais encore comme de l'entérite chronique, exfoliatrice. La poudre de Dower, associée à quelques astringents, semblait avoir produit quelque amélioration. Cependant, depuis le début de la maladie, l'amaigrissement allait s'augmentant chaque jour jusqu'au moment où l'émaciation, accompagnée de sueurs nocturnes, fit presque croire à un commencement de cachexie. Une chose me frappait surtout dans l'examen quotidien que je faisais de la malade, c'est qu'il existait dans son état, après midi, un mieux manifeste, incontestable. Les coliques, les douleurs disparaissaient vers onze heures pour reparaître vers trois ou quatre heures du matin.

Je me décidai à demander en consultation notre regretté confrère, M. le docteur Crousse, d'Épinal, qui, après un examen long, consciencieux, m'avoua, en me quittant, qu'il lui était bien difficile de poser un diagnostic exact de la maladie dont était atteinte Mme R... Nous avions reconnu, durant l'examen, un léger gonflement du foie qui débordait, d'un travers de doigt environ, les fausses côtes, mais ce gonflement était insuffisant à nous expliquer les symptômes qui, pour la plupart, étaient sous la dépendance de l'appareil gastro-intestinal. Je lui fis part de la sorte de périodicité que j'avais cru remarquer dans la succession des symptômes. Il n'en fut pas étonné; connaissant la constitution médicale du pays, il m'engagea à m'assurer encore de cette périodicité et réserva son diagnostic pour un examen ultérieur. Le traitement que nous instituâmes d'un commun accord fut simplement tonique. Le quinquina, les amers, la noix vomique, y occupaient la plus large place.

La malade restait à peu près dans le *statu quo*, lorsqu'un soir, après dîner, vers huit heures, elle fut prise subitement de vertige, perdit connaissance, tomba de sa chaise, se fit plusieurs contusions et ne reprit ses sens que quelques minutes après. Lorsque j'arrivai, presque aussitôt, elle me raconta qu'elle avait eu un éblouissement, mais ne se souvenait en rien de sa chute, ni de son éblouissement.

Le docteur Crousse vint visiter notre malade le lendemain. L'explication de cette syncope nous parut difficile. Notre confrère crut à la syncope des femmes enceintes. Depuis longtemps, en effet, Mme R... n'avait pas vu revenir ses règles. Nous mettions cette suppression sur le compte de l'anémie, mais d'après l'avis de M. le docteur Crousse, la syncope des femmes grosses, quoique accident rare, pouvait dans l'espèce, être invoquée. On ne sentait pas, il est vrai, la moindre tumeur dans la portion sus-pubienne de l'abdomen, le toucher vaginal ne donnait aucun indice, il n'existait pas de gonflement des seins, qui, suivant la marche progressive de l'amaigrissement, avaient presque totalement disparu; enfin, on ne trouvait aucun signe rationnel de grossesse. Aussi, M. Crousse ne pouvant et ne voulant rien affirmer à cet égard, émit simplement cette hypothèse, attendant que l'avenir jugeât la question. Mon avis était que la syncope était due plutôt à une anémie cérébrale, passagère, produite par l'affluence du sang vers les viscères gastriques au moment de la digestion, anémie accompagnée peut-être

---

le climat de Paris, cet été, et malgré les torrides chaleurs de juillet, les mouches ont été rares et les guêpes sont à peu près absentes, quoique nous soyons en pleine saison où ces cuisants hyménoptères ravagent nos treilles et nos vergers. J'ai idée, — cette explication en vaut peut-être une autre, — que l'extrême chaleur du mois de juillet aura rôti les œufs et les larves de ces insectes.

***

Je dois vous avouer que lorsque le gouvernement cherchait à réparer, par le vote de nouveaux impôts, les désastres de l'année terrible, quand je l'ai vu imposer les allumettes, les quittances de commerce, augmenter l'impôt sur le tabac, sur le café, sur le sucre, etc., je vous avoue, dis-je, que j'ai eu grand'peur que le ministre des finances ne se souvînt d'une proposition faite par un de nos confrères, qui avait été d'ailleurs distancé par notre regretté collègue Caffe. Vous souvenez-vous de cette proposition? Probablement que non, car tout s'oublie dans ce monde, ou plutôt il n'y a de nouveau que ce qui est oublié. L'idée était originale et on peut la rappeler.

Il s'agissait, d'après cet honorable confrère, d'obliger tous les médecins à écrire leurs ordonnances sur un papier spécial, papier timbré, que l'État vendrait seulement aux médecins et dont la consommation augmenterait les revenus de l'Etat. En quelle proportion? Il était difficile de le prévoir. Comment obliger le médecin à écrire toujours des prescriptions? En obligeant le pharmacien à ne délivrer aucun médicament que sur ordonnance écrite sur papier officiel.

Tout cela était un peu fantaisiste et bien difficile à mettre en pratique.

***

de vertige stomacal. Après le départ de M. Crousse, la malade m'avoua que, malgré son vif désir d'être enceinte, rien n'était moins possible, et pour cause majeure.

La question de l'explication de la syncope mise de côté, l'examen de Mme R... nous apprit que le gonflement du foie avait augmenté, qu'il existait sous le rebord des fausses côtes une sorte de tumeur assez considérable, et que la palpation rendait parfaitement perceptible. On trouvait aussi un notable gonflement de la rate, douloureuse à la pression.

J'insistai à nouveau auprès de notre confrère sur la périodicité des douleurs et des selles diarrhéiques, que je trouvais manifeste, et nous résolûmes d'administrer le sulfate de quinine, à doses progressives, commençant par 0 gr. 50 c. le premier jour, 0 gr. 75 c. le lendemain, 1 gr. pendant les deux jours suivants et descendant ensuite la même série. Mme R... voulut bien subir cette épreuve. Elle eut de l'ivresse quinique, il est vrai, le troisième et le quatrième jour, mais elle arriva sans trop se plaindre à la fin de ses doses.

Sous l'influence de cette médication active et spécifique, dès le troisième jour les symptômes s'étaient amendés : l'amélioration observée presque aussitôt après l'administration du sel fébrifuge s'accentua de jour en jour ; bientôt les garde-robes redevinrent régulières, normales; l'appétit se réveilla et Mme R... put sortir, faire quelques promenades en voiture.

Nous entrions alors dans la belle saison. Cette diarrhée, incoercible, rebelle, se composant de matières glaireuses, gluantes, avait duré près de huit mois et amené un état voisin de la cachexie. Après avoir pris l'avis de M. Crousse, j'engageai Mme R... à aller passer quelques semaines à Gérardmer, confiée aux soins de notre confrère et ami le docteur Greuill. En faisant suivre à la convalescente une cure hydrothérapique, nous pensions d'un côté diminuer cet état nerveux qui faisait de Mme R... une névropathe, de l'autre nous étions certains qu'un traitement à l'eau froide, dans un milieu aussi pur et aussi agréable que l'est celui de Gérardmer, en été, aurait sur cette intoxication miasmatique un effet des plus salutaires. Sous la direction du docteur Greuill, la convalescence fut bientôt suivie de la guérison définitive. On s'en assurera en lisant l'observation de notre confrère dans la *Revue Médicale de l'Est*, du 1er avril 1877.

RÉFLEXIONS. — J'ai relaté cette première observation avec tous ses détails, même ceux qui n'ont aucun trait à la diarrhée palustre. Je l'ai fait surtout pour montrer combien dans le cas précité le diagnostic fut difficile. La périodicité, si légère fût-elle, m'a fait saisir la nature de l'affection. Il est certain que si l'esprit n'avait pas été en éveil, s'il n'avait pas guetté en quelque sorte l'élément palustre, la nature de la maladie restait méconnue et la médication spécifique, qui, seule, devait réussir, n'aurait sans doute pas été mise en œuvre. Si cette observation peut paraître longue, elle montrera aussi les hésitations du ou des médecins traitants. En ce qui me regarde, je dois, à ce sujet, quelques explications. Si le fait que j'eus à observer

---

Honneur à ce digne et courageux confrère qui, malgré ses 72 ans et interrompant le repos de sa retraite si légitimement acquise, honneur à M. le docteur Chassagneul, ancien médecin de marine, qui a demandé à retourner au Sénégal où il a déjà séjourné, pour y soigner gratuitement la population française et indigène, terriblement décimée par la fièvre jaune.

***

Savez-vous combien, selon les journaux, les nouvelles élections font entrer de médecins à la Chambre ? Quarante-deux confrères, sauf erreur ou omission.

Ce sont : MM. Soyez, Cornil, Vinatier, Simonnet, Mas, Vacher, Malleviale, Penières, Bartoli, Even, Theulier, Chavoix, Escande, Garrigat, Chevandier, Vernhes, David (Indre), Joubert, Bevade, Thomas, Souchu-Servinière, Bruneau, Liouville, Turigny, Forné, Fréry, Chavanne, Guyot, Lemonnier, Bernard-Lavergne, de Lanessan, Frébault, Marmottan, Clémenceau, Villeneuve, Poujade, Bourgeois, Labuze, Donnet, Rathier, Bacquias, Michon et Lacote.

Tous sont républicains, à l'exception de M. Bourgeois.

***

Je signalais dernièrement, et avec admiration, les services que les chiens des Kamtschatdales rendent aux malheureux habitants de ce pays désolé. Eh bien, les chiens des Hottentots sont plus admirables encore, et voici ce qu'en disent les voyageurs :

Tout ce qui se dit sur l'instinct, le dévouement, la fidélité de certaines races de chiens en Europe ne saurait égaler les qualités merveilleuses de la race canine de l'Afrique méridionale. Les touristes qui ont traversé le Saint-Bernard et le Saint-Gothard ont été étonnés de voir

en 1875 était livré à l'heure présente à mes méditations, j'irais certainement plus directement au but, et une affection qui a duré près de neuf mois serait, selon toute probabilité, guérie en quelques jours. Mais en 1875, il n'y avait guère plus d'un an que j'exerçais à Rambervillers. Je connaissais sans doute la nature miasmatique de la constitution médicale du pays, mais je n'avais pas encore vu de diarrhée palustre; j'ignorais encore que dans notre canton l'impaludisme se traduit surtout par des manifestations ambiguës et que le médecin est, dans toutes les affections, obligé, lorsqu'une thérapeutique rationnelle a échoué dès le début, de songer à la médication spécifique et de soumettre son malade à l'épreuve quinique.

Je passe maintenant à des observations plus courtes, non moins précises, et dans lesquelles l'action antidiarrhéique manifeste du sulfate de quinine, m'a prouvé jusqu'à l'évidence que ces phénomènes étaient uniquement sous la dépendance de l'infection palustre.

Obs. II. — *Cachexie palustre. Diarrhée intermittente.*

Genay, maréchal ferrant à Ménil, 35 ans, se rend à ma consultation le 11 juillet 1877. Cet homme, robustement constitué, a, depuis environ quinze jours, complètement changé de physionomie. Son teint semble cachectique et présente ce caractère indéfinissable, mais que l'on reconnaît de primesaut lorsque l'œil l'a fixé un certain nombre de fois dans la mémoire. Autre est l'aspect de la cachexie cancéreuse, tuberculeuse, etc., autre celui de l'infection palustre. Il y a dans cette dernière un faciès particulier, un *nescio quid*, qu'il serait difficile de rendre par le pinceau ou la plume, mais auquel un esprit exercé et surtout attentif ne se trompe plus. On dit à première vue : Voici un paludique, comme d'autres médecins diront, au simple aspect du malade : C'est un cardiaque.

Genay, dès l'abord, était donc pour moi un paludique. J'apprends de lui que depuis une dizaine de jours déjà, il a perdu ses forces, son appétit. Chaque après midi, vers deux heures, il est pris de fourmillements dans les jambes, de frissons erratiques, et malgré la chaleur qui règne au dehors il a toutes les peines du monde à se réchauffer. Enfin, phénomène singulier, pendant toute la soirée, il est atteint d'une diarrhée qui l'affaiblit considérablement, car il a dix à douze garde-robes dans l'espace de trois heures.

L'intoxication, dans ce cas, était des plus nettes. J'en étais d'autant moins étonné que, connaissant la demeure du malade à Ménil, sur les bords d'une rivière fangeuse, l'Emblerette, je le savais exposé durant toute la journée à des émanations marécageuses.

Le traitement était tout indiqué. Le sulfate de quinine fut administré à la dose de 0,60 centigrammes par jour. Le 13 juillet, Genay est considérablement amélioré, la diarrhée a presque

---

ou d'entendre raconter les prouesses des chiens aux monastères établis dans ces montagnes. Les Parisiens eux-mêmes ont vu avec curiosité dans les rues ces chiens affreusement laids accompagnant et maintenant en bon ordre des troupeaux de bœufs et de moutons.

Eh bien, ces curieux animaux ne sont rien auprès des chiens du cap de Bonne-Espérance, dans le pays des Hottentots.

Les lions, les léopards, les tigres sont les hôtes nombreux qui fréquentent les pâturages au milieu desquels les Hottentots mènent leurs troupeaux et où ils les laissent ordinairement séjourner la nuit selon la température.

Il s'agit donc de préserver les troupeaux contre les attaques des carnassiers, et c'est le chien qui en est le plus courageux, le plus adroit et le plus vigilant défenseur.

Poil hérissé, museau pointu, oreilles droites, couleur gris sale, pattes équarries, cet animal est hideux. Voici ce que fait ce gardien.

La nuit, quand le troupeau est assemblé et parqué, quatre chiens se partagent la ligne de protection et se posent en sentinelle par distances égales.

Ils ne se couchent jamais. Ils veillent assis, la tête allongée afin de ne rien perdre du plus petit bruit, du plus léger bruissement et de bien surveiller le troupeau.

Cela ne suffit pas. Toute défense bien organisée exige une ronde. D'heure en heure, un chien quitte son poste de garde et va patrouiller à plusieurs mètres du camp pour surprendre l'ennemi. Il va, vient, met l'oreille au guet, flaire, fait mille tours et ne reprend sa place que quand il s'est assuré que l'ennemi n'est pas aux environs. Un autre chien succède au premier, et ainsi de suite jusqu'au jour.

Mais il y a un moment où l'instinct de ces animaux tient du merveilleux : c'est quand un tigre ou un léopard est en vue et menace d'attaquer le troupeau.

cessé, mais il n'est pas encore totalement guéri. N'observant aucun symptôme de quinisme chez le malade, je conseille 0,75 centigrammes de sel fébrifuge. Quelques jours après, tous les accidents ont disparu, le paludique est en pleine voie d'une guérison, que l'usage ultérieur du vin de quinquina ne fait que confirmer.

OBS. III. — *Diarrhée intermittente.*

Grandmaire (Nicolas), 50 ans, manœuvre à l'usine de Blanchifontaine, réclame mes soins en août 1878, pour une diarrhée datant d'une huitaine de jours déjà et qui, pensait-il, disparaîtrait d'elle-même. Sans pousser plus loin mes investigations, je lui conseille la médication banale usitée en pareil cas, opium, bismuth, astringents. Quatre jours après, 22 août 1878, le malade revient à ma consultation et regrette que le traitement, scrupuleusement suivi, n'ait produit aucune amélioration dans son état. Il est, comme précédemment, obligé de se relever sept à huit fois pendant la nuit pour se rendre à la garde-robe. Il n'existe, au reste, avec cette diarrhée aucun autre symptôme concomitant. L'appétit est conservé ; le malade n'éprouve aucune fièvre. Sachant par expérience que l'usine de Blanchifontaine est placée aux environs de Rambervillers dans une situation où les effluves marécageuses se répandent avec le plus d'intensité, j'abandonne ma première médication et je conseille 0,60 centigrammes de sulfate de quinine par jour. Deux prises de sel fébrifuge ont suffi à amener la cessation de tous les accidents, et, quarante-huit heures après sa seconde visite, Grandmaire reprenait son travail.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

# CONSTITUTION MÉDICALE

## AVRIL, MAI ET JUIN 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 août 1881 (1)

Par M. Ernest BESNIER.

### LE HAVRE. — M. LECADRE.

« La variole a continué à sévir épidémiquement durant le trimestre. Sa gravité a été des plus grandes. Elle frappait principalement les adultes et, cependant, des enfants en bas âge en ont été atteints, ainsi que quelques vieillards. Les personnes vaccinées n'en ont pas toujours été exemptes ; pourtant, on peut dire que chez quelques-unes d'entre elles, la maladie

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 21, 27, 30, août, 4 et 8 septembre.

Il s'agit alors de lutter contre un ennemi de force supérieure et mal serait venu le chien qui seul voudrait faire fuir ou terrasser un adversaire si redoutable.

Au jappement d'alarme jeté par la sentinelle, les chiens se concentrent, s'élancent ensemble sur la bête malfaisante qu'ils attaquent et qu'ils déchirent. Mais l'ennemi peut être en nombre et les chiens peuvent être insuffisants à le vaincre. Ce sont alors des cris aigus, prolongés, plaintifs, afin d'appeler à leur secours les chiens du troupeau voisin qui accourent aussitôt, à charge de réciprocité.

Le Hottentot regarde son chien comme un membre de sa famille. Il l'admet à toutes les aises du foyer : c'est l'ami de la maison, le gardien de la hutte et le protecteur des bestiaux.

***

Voulez-vous que nous suivions dans leurs demeures quelques nécromanciennes dont je vous parlais naguère? Voulez-vous qu'indirectement nous assistions aux mystérieuses manœuvres de ces devineresses? Si oui, prenons pour guide M. P. G., du *Constitutionnel*, qui, dans quelques coups de crayon délicats et charmants, va nous introduire dans plusieurs sanctuaires où s'exercent ces bizarres industries :

M^me^ I... a sa « clientèle » dans le haut commerce. Son « cabinet » est d'ailleurs situé au centre des affaires, près du boulevard. Un bon appartement bourgeois au reste. Aucun luxe de mise en scène.

La « consultation » est sévère, presque austère. M^me^ I... ne frappe l'imagination par aucun des procédés vulgaires. Ce serait, en vérité, à croire qu'il s'agit de la plus sérieuse chose du monde. C'est la Pythonisse moderne, si l'on peut accoupler ces deux mots, la Pythonisse pratique, qui sait qu'elle s'adresse à des gens qui seraient capables de se révolter contre ses

subissait quelques modifications avantageuses. Souvent, la contagion de la maladie fut manifeste. Mais néanmoins, dans plus d'un cas, il fut impossible de discerner, sinon la raison épidémique, ce qui avait pu la produire. Les revaccinations motivées par la peur qui s'était généralisée dans le public, ont été nombreuses. On peut évaluer à un tiers environ le nombre de celles qui ont réussi. Dans tous les cas, elles ont eu l'avantage de relever le moral des individus.

En même temps que la variole, on observa plusieurs autres éruptions, telles que la scarlatine et la rougeole, qui ne furent pas très graves, mais qui, cependant, firent plus de ravages que dans les temps ordinaires. Quelques érysipèles et des zosters furent également observés.

Une température froide et humide s'étant maintenue durant le trimestre, les maladies d'hiver, telles que les bronchites, les angines, les pneumonies persistèrent; les croups et les diphthéries ne furent pas rares.

Principalement au mois d'avril, la coqueluche se réveilla et plusieurs enfants furent enlevés par les récidives de cette maladie. Ce ne fut que dans la deuxième quinzaine de juin qu'apparurent les affections dépendantes des organes digestifs. Quelques cas d'entérite infantile eurent lieu.

Sans être commune, la fièvre typhoïde fit plusieurs victimes, sans s'attacher de préférence à un quartier plutôt qu'à un autre. Ce qui fut surtout remarquable, fut l'aggravation à peu près générale des maladies chroniques et la mortalité considérable par la phthisie pulmonaire. »

LE HAVRE. — M. A. LAUNAY, directeur du bureau d'hygiène.

*Décès causés par les principales maladies régnantes pendant le deuxième trimestre* 1881.

Variole, 110. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 15. — Croup, 19. — Diphthérie, 13. — Coqueluche, 13. — Affections puerpérales, 2. — Bronchite et pneumonie, 93. — Diarrhée et entérite, 59. — Phthisie pulmonaire, 117.

Canton N., 1re sect., M. BOUTAN. — « La variole, qui avait sensiblement diminué vers la fin de mars, a sévi ces trois derniers mois avec une grande intensité. A l'hôpital, trois chalets, renfermant ensemble 33 lits, sont affectés aux varioleux et n'ont pas toujours suffi. Ce nombreux contingent de malades est fourni plus particulièrement par les cantons Est et Sud.

A côté de la variole, signalons quelques cas de scarlatine ; il nous a été donné d'en observer deux. Dans l'un, la malade a succombé le cinquième jour à une scarlatine hémorrhagique. L'autre malade a été atteint d'angine diphthéritique pendant la convalescence et a très bien guéri. Il faut noter des érysipèles, et, comme toujours, des diphthéries, quelques rougeoles sans gravité; diminution dans le nombre des fièvres typhoïdes.

L'entérite enfantile, méfait du biberon, s'est montrée et a déjà fait quelques victimes.

---

arrêts. Elle a un tact parfait pour comprendre la gêne et l'embarras de ceux qui, en montant chez elle, n'ont pas cependant perdu toute raison, et elle les met à l'aise aussitôt, en raillant elle-même, non sans esprit, la naïveté des fous qui lui attribuent, dit-elle, « un pouvoir qu'elle n'a pas ». Non, ajoute-t-elle en riant, elle n'est pas sorcière, mais elle a seulement reçu des *traditions scientifiques* qui lui permettent de pénétrer dans des régions surnaturelles interdites aux profanes.

On croira, si l'on veut, que parmi les « clients » de Mme I... se trouvent des négociants et des boursiers connus, et, chose singulière, il va chez elle plus d'hommes que de femmes.

Mme I... est veuve et a trois enfants, avec lesquels elle va, en excellente mère de famille qu'elle est, passer tous les dimanches d'été, dans une petite maison de campagne, à Meudon.

***

Tout autres sont les allures de la jeune devineresse, dont les luxueux salons se trouvent à quelques pas du boulevard Haussmann. Deux initiales transparentes suffiront à la désigner. Mlle Z.-A. (son vrai nom est beaucoup moins harmonieux que le nom musical qu'elle s'est donné) a 25 ou 26 ans.

De grands yeux noirs éclairent un visage d'une régularité parfaite, aux traits infiniment mobiles. Toutefois, la bouche semble dédaigneuse et fière, mais son sourire, un peu sensuel, est charmant. Une beauté un peu troublante, en somme, et difficile à analyser.

D'une élégance exquise, sans tapage ni affectation, elle a, en vérité, de très aristocratiques façons. C'est la confidente des femmes du monde. Elle ne reçoit personne sans présentation préalable, et elle reçoit avec hauteur toute rémunération qui n'est pas délicatement offerte dans quelque petit souvenir, une bonbonnière, un bibelot artistique. Dieu sait les jolis secrets

Les affections pulmonaires, tant aiguës que chroniques, n'ont présenté rien de particulier. »

Canton N., 2e sect., M. Maze. — « L'épidémie de variole continue; quelques cas de rougeole et quelques cas plus nombreux de scarlatine. La fièvre typhoïde continue à diminuer, ainsi que la diphthérie.

La phthisie a fait, durant ce trimestre, de nombreuses victimes. »

Canton E., 1re sect., M. Le Gad. — « La sécheresse de l'atmosphère ayant continué, la chaleur de l'été est venue s'y joindre, sans modifier beaucoup le tableau nosologique de notre quartier.

La variole, comme un ennemi insaisissable, disparaît un jour d'un point, pour faire de nouvelles victimes dans un autre. Toutefois elle semble moins redoutable dans ses manifestations.

La population de la douane en a été, jusqu'à ce jour, préservée. Tous les enfants ont été vaccinés, il est vrai, mais peu de grandes personnes se sont présentées à la revaccination.

Les ophthalmies catarrhales, dont nous avons observé une véritable épidémie, ont beaucoup diminué. Il existe encore quelques cas de rougeole, un certain nombre de scarlatines.

J'en ai traité, à la caserne des Douanes, une dizaine de cas, dont quelques-uns de formes anormales, érysipélateux.

Nous avons eu enfin beaucoup d'angines catarrhales, inflammatoires simples.

En somme la constitution médicale s'est maintenue exanthématique comme au trimestre précédent. Le tissu cutané et les muqueuses en contact avec l'air ont fait les frais des phénomènes morbides.

C'est à peine si quelques affections de la saison chaude commencent à paraître, des entérites infantiles, des diarrhées.

Les fièvres intermittentes sont rares, après un hiver sec l'évaporation ne produisant pas d'effluves malsaines. »

Canton E., 2e sect., M. Le Cam. — « Dans les quartiers Saint-François et Notre-Dame, l'épidémie de variole a subi une marche décroissante depuis le commencement de ce trimestre. Pendant le mois de juin, je n'ai eu l'occasion, pour ma part, d'y observer aucun cas. Ces quartiers, atteints des premiers, se sont trouvés plus tôt indemnes que certains autres, tels que l'Eure par exemple. Toutefois dans ce quartier même, les cas demeurent très rares.

J'ai pu observer quelques cas de diphthérie, laryngites principalement, et un certain nombre d'affections des voies respiratoires.

Je signale comme fait intéressant le grand nombre d'angines de formes diverses observées pendant la dernière quinzaine de juin, dues évidemment aux brusques changements de température éprouvés depuis le commencement de l'été.

Jusqu'en juillet, les cas d'entérite infantile ont été peu nombreux et peu graves. »

---

intimes qu'elle connaît, et, si elle voulait parler, les merveilleux sujets qu'elle nous fournirait, à nous autres chroniqueurs! Mais sa discrétion est à toute épreuve.

C'est une sorte de confesseur féminin. Tout son art se borne à savoir causer, et en réalité elle fait peu de magie, mais on assure qu'elle a de merveilleuses façons de calmer et d'adoucir les plus gros chagrins de cœur!

Je regrette d'être obligé d'arrêter là cette galerie véritablement intéressante, et dont l'auteur affirme que les portraits sont d'une complète ressemblance. On se demande comment M. Camescasse pourra s'y prendre pour réaliser son projet d'épuration dans ce monde interlope, mais singulièrement fin et adroit.

***

Je lis ceci dans un journal :

« En souvenir du Congrès médical qui fut tenu récemment à Londres, et auquel ont pris part les médecins les plus distingués de Paris, l'École de médecine vient de recevoir du bureau du Congrès un superbe album contenant les décisions prises par le Congrès, ainsi que les portraits de tous les membres. »

Personne, ni à la Faculté ni à l'Académie, n'a entendu parler de cet envoi prétendu et dont l'exécution d'ailleurs aurait été impossible, vu le peu de temps écoulé depuis la fin du Congrès.

***

Mariez-vous, vous ferez bien; ne vous mariez pas, vous ferez mieux. Un original d'Anglais a voulu sans doute donner raison à ce vieux proverbe, car voici ce qu'aurait trouvé un membre

Canton S., 1re sect., M. LAUSIÈS. — « Le deuxième trimestre 1881 a vu l'épidémie de variole atteindre sa plus grande extension. Aujourd'hui elle diminue beaucoup.

Les affections aiguës des séreuses ont été nombreuses. Au commencement du trimestre on rencontrait beaucoup d'affections rhumatismales aiguës ou subaiguës. Vers la fin du trimestre sont venus les troubles gastro-intestinaux.

L'entérite cholériforme des enfants a fait une apparition précoce, mais encore rare.

La diphthérie a sévi fortement dans ces derniers jours. »

Canton S., 2e sect., M. LECÈNE. — « Les phthisies et les bronchites ont fourni leur contingent habituel; il n'y a là rien qui doive nous étonner, ces maladies étant endémiques au Havre. Il n'en est pas de même de la variole. Une véritable épidémie s'est étendue sur la ville et a causé d'énormes ravages. J'ai eu 18 décès dans ma circonscription sanitaire; mais combien d'autres dans la clientèle de mon bureau de bienfaisance!

Presque tous ces décès sont survenus chez des enfants qui n'avaient pas été vaccinés; quelques-uns chez des personnes âgées et n'ayant jamais subi de revaccination. Je puis affirmer que, chez les enfants ou les adultes vaccinés, jamais la variole n'a été mortelle, et cependant j'ai pu voir des malades très gravement atteints. L'évolution du virus présentait ceci de particulier, qu'une fois la pustule arrivée à la période de suppuration, elle séchait et avortait brusquement, et, vingt-quatre heures après, le malade entrait franchement en pleine période de convalescence.

Peu de diarrhées et d'entérites, la saison n'étant pas encore assez avancée; cependant, six décès causés par ces deux maladies.

En résumé : mortalité considérable causée par la phthisie, la bronchite et la pneumonie. Véritable épidémie de variole, n'ayant causé de décès que chez les personnes non vaccinées. »

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE GÉNÉRALE DE LA MÉDICATION FERRUGINEUSE, par le professeur Georges HAYEM. Paris, O. Doin; 1881.

Cette étude, faite suivant les règles de la méthode scientifique, pourra servir de modèle à ceux qui voudront travailler dans la même direction. Après avoir établi quelle est la fonction du fer dans l'organisme et montré qu'elle se confond pour ainsi dire avec celle de l'hémoglobine, l'auteur indique comment l'examen anatomique et chromométrique du sang, pratiqué suivant les règles qu'il a inaugurées ou perfectionnées, permet d'en faire le dosage avec exactitude. Il étudie ensuite les variations qu'éprouve la quantité de fer contenue dans le sang à l'état physiologique et dans les maladies.

Comment les préparations ferrugineuses sont-elles absorbées? sous quelles formes? par

---

du Parlement, s'il vous plaît, par une statistique de l'état matrimonial de la ville de Londres et du comté de Middlesex :

| | |
|---|---|
| Femmes qui ont quitté leur mari | 1.872 |
| Maris qui ont quitté leur femme | 2.371 |
| Ménages divorcés | 4.720 |
| Ménages vivant en guerre perpétuelle | 191.023 |
| Époux qui se haïssent réciproquement, mais qui le cachent en public | 162.315 |
| Époux qui vivent ensemble dans une indifférence absolue à l'égard l'un de l'autre | 510.152 |
| Ménages heureux en apparence | 1.102 |
| Ménages relativement heureux | 115 |
| Ménages réellement heureux | 12 |

Je suis porté à croire que ce membre du Parlement anglais se livre avec un certain succès à l'élève du canard.

Dr SIMPLICE.

quelles voies? quelles transformations subissent-elles dans l'organisme? comment sont-elles éliminées? Ces diverses questions sont tour à tour élucidées aussi complétement que l'état de la science permet de le faire aujourd'hui, et l'auteur arrive à cette conclusion, que c'est par l'intermédiaire des hématies que le fer joue dans l'économie le rôle important qui lui est dévolu. Ces éléments, après l'avoir fixé, le transportent partout avec eux et lui empruntent la propriété de servir aux échanges respiratoires des tissus et à divers actes de nutrition intime. Le jeu régulier de ces phénomènes semble exiger le passage constant à travers l'organisme d'une quantité relativement importante de ce métal qui, dégagé par la destruction d'un certain nombre d'hématies, quitte l'économie, après avoir accompli sa tâche, sous différentes formes et par les voies les plus variées. La persistance de cette élimination, alors même que l'alimentation n'a introduit le métal qu'en proportions insuffisantes, prouve bien que les hématies sont des éléments peu fixes, et en voie d'évolution continue; il faut donc, pour comprendre la pharmacothérapie du fer, remonter jusqu'à la question de la formation et de la régénération du sang.

Ce processus est profondément troublé dans beaucoup de maladies chroniques. On peut distinguer, au point de vue thérapeutique, les *anémies primitives* et les *anémies symptomatiques*.

Le type des anémies primitives est la chlorose, et l'on a depuis longtemps reconnu l'efficacité du fer dans le traitement de cette maladie. Mais quel en est le mode d'action? Claude Bernard a soutenu que les ferrugineux agissent surtout en excitant les fonctions digestives et par suite la nutrition. M. Hayem démontre l'inexactitude de cette manière de voir; il établit, à l'aide de ses nouveaux procédés d'investigation que, dans la chlorose, le sang évolue d'une manière anomale et que l'altération des hématies est la conséquence de cette élaboration imparfaite; il se fait une accumulation de formes jeunes d'éléments intermédiaires; les hématies avortent, en quelque sorte; la quantité d'hémoglobine se trouve réduite habituellement à la moitié, souvent au tiers, et parfois même au cinquième; il en résulte que le sang, au lieu de contenir environ 3 grammes de fer, n'en renferme plus que 1 gramme 50. Le malade est-il soumis au traitement ferrugineux, le nombre des globules augmente en même temps que la chromométrie dénote leur plus grande richesse en hémoglobine. On peut distinguer deux périodes dans le processus de régénération du sang: dans la première, le fer paraît exciter la formation des globules; plus tard ces globules nouveaux, produits par poussées successives, plus altérés souvent qu'avant le début du traitement, deviennent peu à peu physiologiques; cette restauration caractérise la deuxième phase des effets du fer, de beaucoup le plus important.

On peut résumer d'un mot ces effets en disant que la médication ferrugineuse ramène à l'état normal l'évolution des hématies. La guérison n'est obtenue que lorsque les globules sont devenus normaux et restent tels.

Des tracés graphiques mettent en évidence les différentes périodes de cette évolution réparatrice.

Les médicaments qui, comme l'oxygène, excitent l'appétit et activent la nutrition, produisent une amélioration passagère dans l'état des malades, mais ils n'exercent aucune action sur les altérations des globules.

On peut obtenir l'augmentation du contenu des hématies en matière colorante dans les anémies symptomatiques; le fer est indiqué dans celles qui résultent d'hémorrhagies abondantes ou fréquemment renouvelées.

Son action est curative dans ces cas comme dans la chlorose, si l'hémorrhagie a été accidentelle; elle ne peut être que palliative, lorsque l'anémie est subordonnée à une affection organique.

H. HALLOPEAU.

---

ÉTUDE SUR LES KYSTES DU LARYNX, par le docteur E.-S. MOURE. Paris, A. Delahaye et Cᵉ, 1881.

Ce travail, qui nous fait connaître une lésion rare et encore peu étudiée, résulte du dépouillement de 68 observations de kystes dont 38 intra-laryngés et 25 extra-laryngés; 3 sont personnelles à l'auteur. Ce sont des kystes glandulaires. Les signes fonctionnels sont généralement tardifs et variables. Les kystes intra-laryngés siègent habituellement sur les cordes vocales inférieures et déterminent des troubles de la voix qui devient rauque et discordante. Les kystes extra-laryngés siègent à la face linguale de l'épiglotte et provoquent plutôt une toux quinteuse et la gêne de la déglutition. C'est par l'examen laryngoscopique que l'on établira surtout le diagnostic. On constate une tumeur unique, arrondie, sessile et largement implantée, d'une teinte opaline ou jaunâtre, et dont la surface lisse et unie est souvent parcourue de fins vaisseaux. Cette tumeur est dépressible par la sonde ou le doigt. Le volume varie entre un grain de millet et une groseille pour les kystes intra-laryngés, mais peut aller jusqu'à la

grosseur d'une cerise pour ceux de l'épiglotte. Leur marche est lente; la guérison s'effectue parfois par rupture spontanée. Le traitement est l'écrasement par la pince à polypes pour les tumeurs intra-laryngées, l'excision à l'aide de ciseaux courbes pour celles de la face linguale de l'épiglotte. La récidive est tout à fait exceptionnelle. — P. B.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Faye, en présentant à l'Académie le premier volume du « Cours d'astronomie de l'École polytechnique », que vient de publier la librairie de M. Gauthier-Villars, s'exprime ainsi :

« On m'a bien souvent demandé les feuilles autographiées du cours que j'ai l'honneur de professer à l'École polytechnique : c'est là ce qui m'a décidé à publier ces leçons, conformes aux programmes de l'École et de l'enseignement supérieur de nos Facultés. Un livre de ce genre manquait. Je me suis attaché à remplir cette lacune sans sortir de ces programmes. J'ai tenu seulement à ajouter quelques développements historiques, pour faire ressortir l'esprit de la véritable méthode scientifique dont l'astronomie offre la plus sublime application.

Il est rare que, dans ce genre d'ouvrages, l'auteur compte pour autre chose que l'ordre des idées et la clarté de l'exposition. Je me flatte cependant qu'on trouvera quelque chose de plus dans celui-ci, principalement dans l'étude de la figure de la terre.

L'ouvrage comprendra deux volumes. Le second, dont l'impression est commencée, est consacré au système solaire ; le premier, que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui, contient l'étude du mouvement diurne, la théorie des instruments et des erreurs, l'organisation des grands observatoires, la géographie mathématique et la géodésie.

L'éditeur a voulu insérer dans le texte, sauf la réduction à une échelle convenable, toutes les planches qui figurent dans le portefeuille de l'École polytechnique. »

M. le maire de Boulogne-sur-Mer prie l'Académie de vouloir bien se faire représenter à l'inauguration du monument élevé à *Frédéric Sauvage*, qui aura lieu le lundi 12 septembre prochain.

MM. Tresca et Bréguet acceptent la mission qui leur est confiée par M. le Président, pour représenter l'Académie des sciences à cette cérémonie.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse, pour la bibliothèque de l'Institut, un exemplaire du tome XCVII de la « Collection des brevets d'invention, pris sous le régime de la loi de 1844. »

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un opuscule, publié en Allemagne par M. *A. Christiani*, et intitulé : « Recherches expérimentales sur la physiologie du cerveau du lapin et de ses nerfs. »

M. G. Govi envoie une note sur une très ancienne application de l'hélice comme organe de propulsion.

« Le propulseur à hélice, dont il a été question dernièrement devant l'Académie, dont la navigation tire aujourd'hui de si grands avantages, et que l'aéronautique voudrait également utiliser, a été essayé d'abord et appliqué, au moins en petit, par Léonard de Vinci dès la fin du XVe siècle.

Léonard s'est préoccupé toute sa vie de la recherche d'un moyen pour voler. On connaît les admirables études qu'il nous a laissées sur le vol des oiseaux, mais on ignore généralement qu'il avait imaginé plusieurs appareils pour soulever l'homme et pour le transporter facilement à travers l'espace. Toutes les solutions de ce problème étudiées successivement par lui (et que nous connaissons jusqu'ici) tendaient à réaliser le vol par ce qu'on a appelé dans ces derniers temps le *plus lourd que l'air*.

Parmi ces projets très nombreux et fort variés, que l'on peut voir dans le *Codice Atlantico*, rendu en 1815 à la bibliothèque Ambroisienne de Milan, et dans les volumes restés alors à Paris et conservés à la bibliothèque de l'Institut, il y a (au volume B de la bibliothèque de l'Institut, feuillet 83, *verso*) le dessin d'une large hélice destinée à tourner autour d'un axe vertical, à côté et au-dessous de laquelle on peut lire (écrites en italien et à rebours) les deux notes suivantes.

« *A côté de la figure.* — Que le contour extérieur de la vis (*hélice*) soit en fil de fer de l'épaisseur d'une corde, et qu'il y ait du bord au centre huit brasses de distance.

*Au-dessous de la figure.* — Si cet instrument, en forme de vis, est bien fait, c'est-à-dire fait en toile de lin dont on a bouché les pores avec de l'amidon, et si on le tourne avec vitesse, je trouve qu'une telle vis se fera son écrou dans l'air et qu'elle montera en haut.

Tu en auras une preuve en faisant mouvoir rapidement à travers l'air une règle large et mince, car ton bras sera forcé de suivre la direction du tranchant de cette planchette.

La charpente de la dite toile doit être faite avec de longs et gros roseaux.

On en peut faire un petit modèle en papier, dont l'axe soit une lame de fer mince que l'on tord avec force. Quand on laissera cette lame libre, elle fera tourner la vis (*l'hélice*). »

On voit donc par là que, non seulement Léonard avait inventé le propulseur à hélice, mais qu'il avait songé à l'utiliser pour la locomotion aérienne, et qu'il en avait construit de petits modèles en papier mis en mouvement par des lames minces d'acier tordues, puis abandonnées à elles-mêmes.

En consultant d'ailleurs le *Saggio delle Opere di Leonardo da Vinci*, publié à Milan en 1872 (1 volume in-folio), au chapitre intitulé : *Leonardo letterato e scienziato* (p. 20-21) et les planches photolithographiques qui l'accompagnent (pl. XVI, n° 1), on peut constater que cet homme de génie avait étudié le moyen de mesurer l'effort que l'on peut exercer en frappant l'air avec des palettes de dimensions déterminées, et qu'il avait inventé le *parachute*, qu'il décrit dans ces termes :

« Si un homme a un pavillon (*tente*) de toile empesée dont chaque face ait 12 brasses de large et qui soit haut de 12 brasses, il pourra se jeter de quelque grande hauteur que ce soit, sans crainte de danger. »

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Blépharospasme*, par le docteur Badal. — A la suite d'une conjonctivite granuleuse, suivie d'une kératite pustuleuse, l'auteur a observé chez une de ses malades une occlusion spasmodique permanente des paupières qui a persisté, contrairement à l'habitude, malgré la cessation des phénomènes inflammatoires. Pas de névralgie dentaire ou faciale, pas d'état général névropathique capable d'expliquer cette persistance du spasme. Dans ces conditions, un traitement est difficile à instituer. On prescrit tour à tour les collyres au sulfate d'atropine et à l'ésérine, la pommade au précipité jaune, si efficace contre la photophobie des enfants, le bromure de potassium, la morphine, le sulfate de quinine, les badigeonnages d'iode, les vésicatoires aux tempes, l'application de courants continus, etc., tout échoue. Après deux mois d'essais de toute sorte, la malade consent à accepter la petite opération dite canthoplastie, qui consiste à élargir d'un coup de ciseau la commissure externe. Effet immédiat satisfaisant; mais, au bout de huit à dix jours, le spasme reparaît aussi tenace qu'auparavant. Des applications locales d'eau sulfureuse, source des Cauterets, dite *des yeux*, amènent également une amélioration passagère; mais le spasme se reproduit encore. L'auteur se décide alors à tenter une révulsion énergique. Pendant quinze jours, trois fois par semaine, on pratique sur le front et les tempes des cautérisations ponctuées au thermo-cautère au nombre de vingt à vingt-cinq par séance. Dès la première séance, les paupières ont pu s'entr'ouvrir; au bout de quatre, le spasme avait complètement cessé. La guérison se maintient depuis plus de six semaines. (*Gazette hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1881, n° 10.) — P. B.

*Congestion pulmonaire et hémoptysie.* — Le professeur Potain insiste à sa clinique sur les difficultés que peut présenter le diagnostic de certaines congestions pulmonaires et hémoptysies liées le plus souvent à l'arthritisme, et qui peuvent en imposer pour des affections plus graves, pneumonie, pleurésie, tuberculose, etc. Malgré une symptomatologie parfois assez vague, on pourra s'appuyer sur les caractères suivants :

Début brusque, avec toux, dyspnée, douleur thoracique. — Submatité; vibrations thoraciques tantôt augmentées, tantôt au contraire diminuées, mais graduellement d'un point à un autre et non brusquement comme dans la pleurésie. — Affaiblissement du murmure vésiculaire, aussi bien dans les formes actives que dans les formes passives des cachectiques et des vieillards. — Souffle différent de celui de la pneumonie, en ce qu'il se montre d'emblée sans être précédé de râles crépitants. — Mobilité caractéristique des signes d'auscultation. — Expectoration spéciale composée de mucosités filantes analogues à une solution de gomme et présentant parfois des stries de sang rutilant ou même de véritables hémoptysies.

La tendance naturelle de cette congestion est la guérison, mais on doit la traiter parce qu'elle peut persister et créer pour le poumon une opportunité morbide pour des affections plus graves. Le traitement consistera surtout en émissions sanguines locales à l'aide de ventouses scarifiées sur le côté malade, ou même la saignée générale si le sujet est robuste et pléthorique; comme révulsifs, des ventouses sèches et des cataplasmes sinapisés appliqués à fréquentes reprises, plutôt que des vésicatoires qui ne peuvent être renouvelés assez souvent. (*Journal de méd. et chir. pratiques*, mai 1881.) — P. B.

*Pustule maligne guérie par les badigeonnages avec la teinture d'iode non diluée*, par M. Joly, médecin a.-major de 1re classe. — Le 23 juillet 1880, un équarrisseur achetait deux chevaux dont la mort était attribuée au charbon ; le 2 août suivant, une tuméfaction circonscrite apparaissait sur la partie moyenne de la région cervicale du côté droit, envahissant successivement la paupière, la région sus-claviculaire et présentant, le 8 août, jour de l'entrée à l'hôpital, tous les signes de la pustule maligne. De plus, de l'adynamie, du subdélire, du cornage, de la dysphagie, indiquaient la gravité de l'état général. Le docteur Alibert badigeonna toute la surface intéressée avec de la teinture d'iode pure. La première application ne fut pas douloureuse, mais les suivantes furent pénibles. A dater du troisième jour du traitement, les accidents locaux diminuèrent, et le lendemain les symptômes généraux commencèrent à s'amender. Le 20 août, l'eschare se détachait, la suppuration était de bonne nature ; un mois après, la guérison était complète.

L'examen du sang des chevaux morts ayant été fait avec soin, il n'est pas douteux que la pustule maligne était réellement charbonneuse. L'emploi de la teinture d'iode paraît avoir été efficace, quoiqu'on se soit borné à faire des badigeonnages sans avoir recours aux injections hypodermiques suivant la méthode de Stanis Cezard (1873), de Raimbert (1874), et de Baladorré (1878). L'absorption par la peau a peut-être été suffisante pour combattre la marche progressive de la maladie. (*Rec. de mém. de méd. et de chir. militaires.* p. 344, t. XXXVII, 1881.) — Ch. E.

# VARIÉTÉS

## INFLUENCE DU RÉGIME ALIMENTAIRE SUR LES TÊTARDS DE GRENOUILLE.

Il paraît que la méthode expérimentale ne confirme pas encore avec éclat les théories des *végétariens*. Nous soumettons les lignes suivantes à leurs méditations :

Pour se rendre compte de l'influence des divers régimes, M. Yung a opéré sur des têtards de grenouille (la *Rana esculenta*), en soumettant les produits d'une même ponte à une alimentation des plus variées. Cinquante têtards furent répartis, trois jours après la ponte, dans cinq bocaux contenant la même proportion d'eau et placés dans les mêmes conditions de température et d'aération.

Les têtards du premier vase furent soumis à un régime purement végétal, des algues d'eau douce soigneusement lavées. Ceux du second vase ne reçurent d'autre aliment que la substance gélatineuse qui entoure l'œuf de grenouille et qui normalement sert de nourriture première au jeune têtard. La troisième série fut nourrie avec de la viande de poisson ; la quatrième avec de la viande de bœuf, enfin la cinquième reçut de l'albumine d'œuf de poule coagulée.

Au bout de vingt jours, les différences d'accroissement étaient déjà des plus marquées. Tandis que les têtards de la première et de la seconde série ne mesuraient en longueur que 16 et 17 millimètres, ceux de la troisième avaient 29, de la quatrième 29, de la cinquième 25. Le régime animal prouvait d'une façon manifeste sa supériorité sur le régime végétal.

Pour donner plus de poids à ces premiers résultats et montrer que ces têtards avaient réellement accumulé une plus grande quantité de substances nutritives, M. Yung soumit les uns et les autres à l'inanition absolue. Les têtards nourris avec les algues succombaient au dixième ou douzième jour ; les têtards carnivores survivaient jusqu'à quarante-sept, quelques-uns jusqu'à cinquante-cinq jours.

De même les phénomènes de métamorphose s'accomplissaient avec plus de rapidité chez les têtards nourris à la viande que chez les autres ; ils passaient déjà à l'état de grenouilles que les autres n'avaient pas subi le moindre changement.

---



*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

## CLINIQUE MÉDICALE

### UNE LEÇON SUR LE BÉGAIEMENT.

M. le professeur Lasègue a prié M. le docteur Chervin, directeur de l'Institution des bègues de Paris, de faire sur le bégaiement une leçon à sa clinique de l'hôpital de la Pitié. Je n'étonnerai personne en disant que cette leçon, que M. Lasègue a souvent interrompue pour y mêler des réflexions personnelles du plus grand intérêt, a été fort instructive; il faut ajouter qu'elle a été spirituellement faite et fort agréable à entendre.

M. Chervin d'ailleurs y a fait une sorte de gageure dont nous sommes curieux de voir la fin. Il a présenté des individus qui bredouillaient à qui mieux mieux, et il a annoncé qu'en trois semaines il les guérirait. Le résultat paraîtra extrêmement remarquable à tous ceux qui savent combien cette infirmité est tenace quand elle n'est pas convenablement soignée.

Mais au lieu de discourir sur le bégaiement, il vaut mieux sans doute donner la parole à l'orateur lui-même. Voici donc sa leçon d'un bout à l'autre, avec les dialogues qui l'ont de temps à autre interrompue :

« Le bégaiement est, sans contredit, Messieurs, une des infirmités les plus pénibles qui existent. Vous avez tous entendu parler quelques bègues, et vous avez pu juger combien leur existence est triste. Non-seulement un grand nombre de professions leur sont interdites, mais encore (et cela est plus cruel encore pour beaucoup d'entre eux) ils ne peuvent ouvrir la bouche sans provoquer le sourire. Ainsi, ces malheureux sont blessés à la fois dans leurs intérêts et dans leur amour-propre. Aussi ils évitent de prendre la parole; souvent leur caractère devient taciturne; quelques-uns m'ont avoué avoir eu des idées de suicide.

Sans être très fréquent, le bégaiement est loin d'être rare. En France, j'ai calculé que sur 1,000 conscrits, il y en a six qui sont assez bègues pour être exemptés du service militaire. Depuis vingt ans, en effet, on a exempté 13,000 bègues. C'est, comme vous le voyez, une petite armée!

Je vous présente l'un d'eux, et pour mieux vous faire juger de son infirmité, je vais la lui faire expliquer à lui-même. Les questions que je lui adresserai sont celles que je fais à tous mes clients au début de leur traitement; je consigne leurs

---

## FEUILLETON

### EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ.

#### II

**La lumière et l'éclairage électriques. — Lampes électriques. — Quelques-unes de leurs applications.**

Jamais expériences comparatives de l'éclairage par l'électricité n'auront été faites sur une plus large échelle que celles qui se poursuivent au Palais de l'Industrie; on peut dire qu'elles constituent une des merveilles de cette exposition, qui renferme tant de prodigieuses inventions.

Suspendus dans l'espace, ou supportés par des piédestaux et des statues, des milliers de globes lumineux inondent de leurs magnifiques clartés la nef, les galeries et les nombreuses salles du premier étage; c'est donc la réalisation, à la fois, du problème de l'éclairage public, dans les théâtres, les rues et dans les vastes espaces, et de l'éclairage domestique dans les appartements et dans leurs dépendances.

C'est un spectacle véritablement féerique que la grande nef éclairée par des flots de lumière avec son phare électrique projetant de tous côtés ses feux alternativement rouges et blancs sur les galeries et sur l'eau tremblotante du petit bassin qui l'entoure, avec les inscriptions et les banderoles multicolores des diverses nationalités. On se croirait transporté dans une des salles enchantées des Contes des Mille et Une Nuits; mais le bruit sourd des machines, le sifflement de la vapeur, le bourdonnement monotone des courants électriques dans les fils con-

réponses sur des feuilles d'observations que je conserve avec soin et dont j'ai déjà réuni un grand nombre.

(Le bègue, interrogé par M. Chervin, nous apprend, d'une voix entrecoupée et très hésitante, qu'il a une quarantaine d'années; qu'il a été exempté du service militaire à cause de son bégaiement; qu'il est bègue depuis son enfance. M. Chervin lui demande si son infirmité subit des intermittences. Le malade répond qu'en effet, à certains jours, il bégaie beaucoup moins que d'habitude.)

J'attire votre attention sur cette intermittence du bégaiement. Ce malade en est un exemple frappant, car il bégaie aujourd'hui beaucoup moins que d'habitude. L'intermittence du bégaiement est un des meilleurs signes de cette affection et permet de la distinguer des embarras de la parole liés à quelque paralysie.

Je prierai quelqu'un de vouloir bien me passer un journal, je ferai lire le malade et cela pourra être intéressant, car souvent la lecture modifie le bégaiement.

(On apporte le journal demandé; c'est le *Mot d'Ordre*, et l'article de tête est d'un radicalisme exalté. Heureusement ce texte est défiguré par le lecteur qui bégaie plus que jamais.)

Voyez quelle maladie capricieuse! Ordinairement les bègues lisent plus correctement qu'ils ne parlent. Aujourd'hui, c'est le contraire qui arrive pour le bègue que je vous présente ; ces anomalies ne sont pas rares.

Vous remarquerez aussi qu'il prononce mieux les voyelles que les consonnes; ce sont ces dernières qui l'embarrassent. Si nous avions le temps de l'examiner plus soigneusement, nous verrions que certaines consonnes le font hésiter plus que d'autres; une fois qu'elles sont expectorées, celles qui suivent sont prononcées assez convenablement jusqu'à ce qu'il se présente une nouvelle lettre *difficile*. Pour s'entraîner, certains bègues commencent toutes les phrases par un mot inutile dont ils ont l'habitude et qui les aide à se mettre en train. C'est ainsi qu'un campagnard que je soigne actuellement a l'habitude inconvenante de commencer toutes ses phrases par le juron : « *Sacré cochon!* » sous prétexte que cela l'aide à prononcer le reste de sa phrase.

Il faut remarquer le rhythme de la respiration; il est toujours mal réglé. Certains bègues, lorsqu'ils veulent parler, commencent par une longue expiration et ouvrent la bouche quand ils n'ont plus d'air dans la poitrine; comme il est impos-

---

ducteurs, le carillon des cloches et la sonnerie des timbres, rappellent aux imaginations trop vives que cet ensemble n'est pas une illusion, mais bien la réalité d'une merveilleuse usine.

Cependant, dans cette lumière, ce mouvement et ce bruit, se reposent dans l'inactivité, les appareils des vitrines, les sémaphores des chemins de fer, de nombreux et puissants engins qui attendent, pour se mettre en mouvement, l'invisible main de leurs auteurs absents. Plus loin, sur leurs affûts, dorment dans leurs reflets argentins les canons d'acier des ministères de la guerre et de la marine.

Quel contraste entre ces foyers éclatants et le pâle éclairage de nos rues, quand du seuil du Palais on jette un coup d'œil sur l'avenue des Champs-Élysées! Étrange est le spectacle des petites flammes vacillantes des vulgaires becs de gaz, dont les pâles lueurs ressemblent à des trous d'épingles dans une draperie noire. Les yeux sont longtemps avant de pouvoir s'accommoder de nouveau à cette lumière jaunâtre, après les éblouissements de tant de foyers éclatants, de ces milliers de petits soleils de l'intérieur du Palais.

En effet, le puissant éclairage de la nef transforme la vaste coupole de verre en une immense voûte de feu, et le Palais de l'Industrie devient le Palais de la lumière.

Deux puissants foyers, munis de réflecteurs, projettent du haut du pavillon central sur l'arc de triomphe de l'Étoile et sur la place de la Concorde leurs faisceaux lumineux, sous forme de deux longues traînées blanchâtres. Effleurant les arbustes, dont la verdure paraît transparente; illuminant la cîme des marronniers des avenues, perçant de leurs rayons l'épaisseur des massifs et l'obscurité des allées, et blanchissant la façade des maisons, cette lumière laiteuse donne à cet ensemble l'aspect blafard d'un paysage lunaire.

Seize procédés différents concourent par de nombreux foyers à ce magnifique éclairage. Ces systèmes, pour la plupart d'invention récente, témoignent à la fois des progrès rapides

sible de parler ainsi, ils aspirent aussitôt une bouffée d'air et veulent parler en même temps, ce qui produit le bégaiement. D'autres, au lieu de diriger le courant d'air qui sort de leur poitrine dans leur bouche, le lancent dans les fosses nasales; l'articulation des sons cesse donc d'être possible, et surtout celle des consonnes explosives : K, T, P.

Souvent les bègues perdent tout ou partie de leur infirmité quand ils parlent à voix basse. Tous ou presque tous cessent absolument de bégayer quand ils chantent. Nous verrons que c'est sur ce phénomène qu'est fondé le traitement.

C'est vers l'âge de 3 ans que le bégaiement commence à se montrer; souvent c'est à la suite d'une vive terreur, et, dans ce cas, il survient brusquement.

Je suis tenté de ne pas croire à l'hérédité du bégaiement, mais l'imitation a sur son développement une grande influence. Souvent c'est à l'école et sur l'exemple d'un camarade que l'enfant devient bègue. Aussi, quand on voit une famille dont tous les enfants sont bègues, suis-je fort tenté de croire qu'il s'agit ici, non pas d'une influence héréditaire, mais de la simple contagion de l'exemple.

Dans certaines races, le bégaiement a une fréquence toute particulière. Le Père Petitot décrit une tribu américaine dont tous les membres sont bègues. Sans prendre d'exemple aussi lointain, il est certain que la fréquence du bégaiement varie extrêmement dans les différents départements français. Ainsi, dans le midi de la France, il atteint une fréquence extraordinaire. D'après les conseils de révision, il n'y aurait à Paris qu'un bègue sur 1,000 conscrits, tandis qu'il y en a, dans les Bouches-du-Rhône, jusqu'à 15. Les autres départements du Midi présentent également des proportions très élevées.

Le bégaiement paraît être très fréquent en Russie. Une mission scientifique m'ayant envoyé dans ce pays, j'ai examiné, au point de vue du bégaiement, les élèves d'un gymnase militaire de Pétersbourg. Sur 1,000 élèves environ, j'ai compté jusqu'à 30 bègues. Toutefois, il ne faudrait pas se hâter d'attribuer cette fréquence à une influence ethnique. Peut-être tient elle tout simplement à l'extraordinaire fréquence des incendies en Russie. Beaucoup d'entre ces bègues m'ont déclaré, en effet, être devenus bègues à la suite de l'effroi que leur avait causé un incendie.

Sur 2,000 bègues que nous avons soignés, nous n'avons eu que 200 femmes. On peut être surpris qu'une affection nerveuse soit aussi rare chez les femmes; mais les petites filles sont moins exposées que les petits garçons aux accidents, aux violences et aux causes de frayeur qui sont souvent, comme je viens de le dire, la

---

de cette branche de l'électricité, de l'importance considérable de la lumière électrique pour l'éclairage public, et prochainement sans doute pour l'éclairage privé, et enfin des multiples applications industrielles et artistiques dont elle est l'objet. Les sources de cette lumière varient peu, car on sait que les machines magnéto-électriques sont les générateurs habituels de la force électro-motrice et que seuls ils peuvent produire les flots d'électricité indispensables pour cet éclairage.

Comme on le sait, il suffira d'un obstacle à la circulation du courant électrique dans les conducteurs pour provoquer la transformation de cette force électro-motrice en chaleur, et, par conséquent, en lumière. Toute cause d'accroissement de la tension, c'est-à-dire toute cause qui augmentera la résistance, sera donc une cause productrice de lumière, si, bien entendu, la force électro-motrice possède une tension suffisante. Or, ces obstacles sont de nature variable, d'où la multiplicité des sources de la lumière électrique.

C'est ainsi que par la discontinuité du circuit, c'est-à-dire par l'interruption seule du courant, Humphry Davy produisit l'*arc voltaïque* en 1813; et que, en 1831, Faraday obtint la première étincelle électro-magnétique avec l'appareil original, exposé dans les vitrines de la section anglaise, par l'Institut royal de Londres. Mais les électrodes métalliques n'abandonnant au courant que de rares particules solides, ne donnaient qu'une pâle lumière; d'où la substitution des électrodes en charbon aux électrodes de métal. C'était un premier pas dans la voie des perfectionnements.

Un autre obstacle devait alors se produire; l'usure des charbons causait des interruptions dans l'éclairage, d'où la nécessité d'employer des régulateurs, pour maintenir les électrodes à une distance convenable. Mais les régulateurs eux-mêmes présentent des imperfections, et, de plus, sont d'un prix élevé; de là l'invention de M. Jabloschkoff, dont les bougies élec-

cause occasionnelle du bégaiement. Au contraire, la blésité et le zézaiement sont plus fréquents chez les filles.

Nous avons déjà vu que le bégaiement est une affection très intermittente. L'émotion, la colère, l'ivresse commençante exagèrent souvent le bégaiement; tout le monde sait que souvent même elles le font naître.

A la fin d'un bon repas, copieusement arrosé, vous savez que souvent les convives présentent un léger embarras de la parole qui ressemble au bégaiement. On conçoit donc que, chez un individu déjà bègue à l'état normal, les défauts de la parole aient alors tendance à s'exagérer.

Chose curieuse et qui montre combien le bégaiement est une maladie capricieuse : souvent l'ivresse, au lieu de l'exagérer, le corrige et le fait momentanément disparaître. J'ai soigné un négociant bègue que son infirmité gênait beaucoup pour la discussion de ses intérêts. Aussi n'abordait-il une affaire que muni d'un petit flacon d'eau-de-vie qu'il vidait avant d'entrer en pourparler. La parole devenait alors chez lui plus facile; la dose absorbée venait-elle à avoir épuisé *son effet*, il se retirait et remettait la conversation à un autre jour.

J'ai insisté surtout, Messieurs, sur les deux caractères qui sont les plus constants dans le bégaiement : ce sont la respiration mal réglée et l'intermittence de l'embarras de la parole.

Souvent cette maladie s'accompagne de phénomènes singuliers qui peuvent la masquer. Le bègue fait parfois des grimaces bizarres pour suppléer à la parole qui ne lui vient pas; ou bien, la tête ou les membres sont agités par des mouvements choréiformes; ses efforts impuissants vont quelquefois jusqu'à donner à son visage un aspect vultueux qui effraie au premier abord. Dès les premiers jours du traitement, on voit ces manifestations cesser d'exister; elles sont toutes sous la dépendance du bégaiement et disparaissent avec lui.

Ce traitement, Messieurs, consiste tout entier en exercices vocaux. C'est à une gymnastique de la parole que nous les soumettons.

Dans chacune de nos leçons, nous leur faisons faire une série d'exercices très simples, et qui par gradation les conduisent à parler comme tout le monde.

La première chose à faire, je dirai presque la seule, est de leur apprendre à régler leur respiration; nous leur apprenons à respirer et à parler comme un sergent instructeur apprend à ses hommes à porter armes ou à faire demi-tour à gauche. Il ne se contente pas de leur dire : « Tournez à gauche », il sait très bien qu'un tel

---

triques furent un progrès considérable. Toute bougie électrique consiste dans deux charbons parallèles, séparés l'un de l'autre par une substance isolatrice se volatilisant à mesure que l'usure des charbons se produit; c'est donc encore un arc voltaïque dont les électrodes sont parallèles au lieu d'être opposées.

Dans cet arc voltaïque, dans le système des régulateurs et dans celui des bougies, la résistance consiste dans la mince couche d'air intermédiaire aux deux électrodes, et l'éclat de la lumière est en rapport avec la quantité des particules solides entraînées par le courant et portées à une haute température. Mais la résistance peut être augmentée sans interruption du circuit, par une simple diminution de la conductibilité dans un point déterminé. L'introduction dans le circuit d'un fil de platine ou de charbon a fait obtenir ce résultat; l'élévation considérable de la température de ce fil devenait une source puissante de lumière. De là les systèmes à incandescence des lampes d'Edison, de Maxim, de Shwann, de Reynier, etc.

Par son adaptation à des conditions différentes, chacun de ces procédés répond donc à des besoins particuliers. Pour les signaux, les phares, les navires, les places fortes, la télégraphie optique, l'éclairage des grands chantiers, pour les théâtres, il faut des foyers peu nombreux, munis de réflecteurs énergiques et produisant de puissants effets lumineux; de là les avantages des appareils à arc voltaïque et à régulateurs mécaniques de Serrin, Carré, Fourcault, Duboscq, etc., etc. De là aussi la préférence donnée à ces appareils pour l'éclairage des lanternes de projection dans les cours publics et leur application à la photographie, au moyen, par exemple, du système de diffusion de Liébert.

Pour l'éclairage des villes, on préfère soit le procédé des appareils ou des bougies à arc voltaïque, soit celui des lampes à incandescence, parce qu'il permet la division de la lumière, la multiplication des foyers dans chaque rue et d'après la disposition topographique des mai-

mouvement exécuté sans méthode entraînerait le désordre, mais il le décompose en plusieurs temps, et habitue ses soldats à les exécuter avec précision et d'une façon presque machinale. C'est à peu près de la même manière que nous procédons.

Voici, par exemple, par quel exercice commence notre cours : nous commençons par apprendre à nos élèves à filer un son. Cette opération nécessite trois mouvements :

Le premier consiste à aspirer l'air lentement, de façon que la poitrine en soit pleine. Le second mouvement consiste à expirer lentement en produisant d'une façon continue le son *A*. Enfin, à ces deux actes succède un repos pendant lequel la poitrine se vide d'une partie de l'air qu'elle contient encore.

C'est là le plus simple de tous les exercices. Viennent ensuite les exercices des lèvres et de la langue. C'est alors qu'on apprend aux élèves à dire E, I, O, OU, U; enfin, on leur apprend à prononcer des syllabes et à les lier entre elles.

Ce traitement dure trois semaines. Pendant la première semaine, nous obligeons nos élèves au silence, afin de leur faire perdre leur mauvaise habitude de la parole. Ils ne peuvent alors émettre de son que pendant leurs exercices. Ce mutisme est un peu pénible, mais il est très nécessaire.

Pendant la seconde semaine, leur guérison fait de très grands progrès. Enfin, la dernière semaine est destinée à la rendre complète, et à *fignoler* notre ouvrage, si vous me permettez cette expression vulgaire.

On nous a reproché à l'Académie de médecine de guérir trop rapidement nos malades, et de faire de l'enseignement *à jet continu*. J'accepte volontiers le reproche. Il est vrai que nous donnons à nos élèves quatre leçons par jour; mais je ne crois pas mauvais de presser ainsi le traitement. Ses résultats n'en sont que plus sûrement acquis, parce qu'aucune perturbation n'est venue déranger l'élève qui nous consacre la majeure partie de son temps.

Chacune de nos leçons dure au plus une heure pour les adultes; nous les réduisons davantage pour les enfants. Les leçons se prennent en commun, mais nous n'admettons jamais plus de dix élèves dans la même série, afin de les suivre de plus près. Enfin, outre les leçons communes, nous donnons à chacun d'eux des leçons particulières, où nous soignons les défauts qui peuvent l'affliger plus spécialement.

Le succès est presque constant, et je puis affirmer qu'il dépend de l'élève et de

---

sons ou des quartiers. A ce point de vue, la lutte se poursuit donc actuellement entre le système des lampes à arc voltaïque et celui des lampes à incandescence.

Ardente, en effet, est la concurrence que se font les inventeurs des divers procédés et les nombreuses Compagnies rivales d'éclairage électrique. Chacun des systèmes éclairant isolément une ou plusieurs salles de l'Exposition, on peut comparer facilement les résultats obtenus par les appareils de Werdermann, Reynier, Jamain, Jabloschkoff, etc., etc.

C'est donc aux ingénieurs d'apprécier la valeur technique et économique de ces divers systèmes. Quel que soit leur jugement, il est certain néanmoins que l'œil s'accoutumera difficilement à l'éclairage par l'arc voltaïque. Malgré l'habitude déjà acquise à la suite de son emploi sur nos places publiques et dans quelques grands établissements, l'éclat blafard et monotone de cette lumière ne satisfait pas la vue et finit par la fatiguer. Quelle que soit l'étendue des perfectionnements déjà obtenus dans la construction des appareils, les inconvénients persistent encore, malgré les promesses des inventeurs et malgré l'usage des verres dépolis qui ne font que rendre la lumière encore plus pâle.

Telle est l'impression qu'on éprouve en visitant les nombreuses galeries éclairées par ces procédés, et en particulier celles de la peinture et celles qui représentent par leur ameublement les pièces d'un appartement, salon, antichambre, etc.

Défavorable aux tableaux, cette lumière donne une teinte blême aux pâles visages de nos Parisiennes, et ferait presque croire aux visiteurs qu'ils ont devant les yeux les fresques peintes des chambres sépulcrales des Pharaons, ou qu'ils parcourent quelques salles retrouvées intactes dans les ruines de Pompeï ou d'Herculanum en compagnie des spectres de leurs anciens possesseurs! Toutefois, à côté de ces inconvénients, ces effets lumineux font valoir les élégants décors de la salle de spectacle, et leur donnent un aspect d'originalité et un caractère de nouveauté pour nos yeux habitués à la lumière du gaz.

sa bonne volonté plus que de la nature de sa maladie. Il est assez naturel que, lorsqu'il ne fait pas ce que nous lui conseillons, il ne guérisse pas.

J'ajoute, et ce point est important, que la guérison, une fois acquise, ne se dément pas. Je vois souvent un élève que mon père a soigné il y a trente ans, et qui n'a jamais cessé de parler correctement.

Il me reste à parler de la blésité.

On appelle ainsi toutes les prononciations vicieuses. La plus fréquente sont le zézaiement et le grassaiement. Il y en a beaucoup d'autres : le chuintement, le lambdacisme, etc., etc.

Je vous présente une jeune fille de 20 ans qui peut passer pour un cas type. Il n'est presque pas de syllabe qu'elle ne prononce de travers.

(M. Chervin interroge la malade. Elle répond à peine à ses questions, et seulement par monosyllabes peu intelligibles. On lui donne à lire un journal, qui se trouve être le *Petit XIX^e Siècle;* elle prononce d'une façon presque incompréhensible : « *Ne coséte foletie....* », au lieu de « *Nous consentons volontiers....* »)

M. Lasègue interroge successivement la jeune fille et son père, qui donne des renseignements assez complets. Puis il prend la parole en ces termes :

« Vous venez d'entendre, Messieurs, l'histoire de cette jeune malade. Elle a eu des convulsions dans son enfance, mais n'a pas eu d'autre maladie. Elle a toujours présenté la blésité dont vous la voyez affectée. Vous venez de constater d'ailleurs qu'elle a l'oreille extrêmement dure. Ce défaut pourrait expliquer à la rigueur pourquoi elle n'a jamais appris à prononcer convenablement.

« Mais la cause de sa blésité est certainement plus grave. Deux détails très importants m'ont, en effet, frappé dans l'interrogatoire que nous venons de lui faire subir.

« C'est d'abord sa parfaite indifférence à nos questions : son propre sort paraît l'intéresser aussi peu que possible, et c'est à peine si elle jugeait à propos de prendre la peine de nous répondre.

« J'ai remarqué ensuite cette phrase caractéristique du père : « Pendant de « longues années, nous a-t-il dit, elle ne s'apercevait pas de son infirmité, et ne « comprenait rien aux reproches qu'on lui en faisait. »

« Je suis convaincu, Messieurs, que chez cette fille c'est le cerveau qui est

---

Il n'en est pas de même dans les lampes à incandescence. Dans les salles d'Edison, par exemple, on admire la douceur de leur éclat, assez puissant cependant pour produire une lumière brillante, qui fait ressortir dans tous leurs détails et tous leurs tons les tapisseries et les tableaux. Dans la tapisserie de Mazerolles, l'éclat de cette chaude lumière fait vivre le piquant minois de Marinette et accentue très favorablement les traits vigoureux de Gros-René. Elle anime aussi de la manière la plus heureuse cette brillante copie d'une tapisserie du Garde-Meubles, qui représente des enfants jouant dans un jardin. Illuminant la scène comme les rayons d'un soleil levant, elle colore les feuillages de tons dorés et fait paraître les fleurs dans tout l'éclat de leur fraîcheur. Les « Muses » de Baudry elles-mêmes, dans leur vivante expression, conservent, avec le charme et la légèreté de leurs allures, l'animation de leurs mouvements, sous les feux de cette lumière, qui met tous les détails du tableau dans un puissant relief, et rend encore plus magnifique l'intensité et l'harmonie des couleurs.

A côté de ces avantages artistiques, le système d'Edison, permettant la division de la lumière sous forme de lampes portatives, de candélabres, de lustres, présente une importance économique considérable. La découverte de la lampe à incandescence a été le premier pas dans cette voie, que suivent aussi d'autres inventeurs avec plus ou moins de succès.

En effet, par les travaux du savant de Manlo-Park, la question est sortie de la période des essais pour entrer dans celle des applications industrielles. Aussi l'ensemble de ce système constitue la grande nouveauté de l'Exposition actuelle. Production de l'électricité, son transport par une canalisation spéciale, enfin son utilisation par la lampe à incandescence, tels sont les trois éléments du problème si heureusement résolu par l'ancien marchand de journaux et apprenti typographe de New-York.

Le générateur d'électricité d'Edison, peu différent d'ailleurs des autres systèmes, est

malade. Son père nous a dit, il est vrai, qu'elle est intelligente. Soyez sûrs, Messieurs, qu'il est trop facile à contenter. Il est possible qu'elle soit une modiste suffisamment adroite de ses mains; quant à être intelligente, elle ne l'est assurément pas.

« Aussi, quelle que soit l'habileté de M. Chervin, je suis convaincu qu'il ne pourra lui donner une parole correcte. La cause du mal est trop profonde pour qu'il puisse l'atteindre ».

M. CHERVIN : Je ne désespère pourtant pas d'y arriver. J'ai soigné et guéri des élèves qui n'étaient pas moins gravement malades que celle-ci, et je pense que, en trois semaines, je pourrai rectifier ses vices de prononciation, pour peu qu'elle y mette de bonne volonté.

M. LASÈGUE : Mais soyez sûr qu'elle n'en mettra aucune, puisqu'elle s'aperçoit à peine de son infirmité et qu'elle est d'ailleurs souverainement indifférente à tout ce qui peut lui survenir.

Je vous donne rendez-vous après le traitement. Sans doute, vous pourrez nous ramener votre bègue en bon état; quant à cette jeune fille, je crois que vous échouerez. Si vous réussissez, nous vous devrons encore plus de reconnaissance pour l'intéressante conférence que nous venons d'entendre.

Voilà, comme on voit, M. Chervin mis au défi fort galamment. Nous verrons avant peu de temps comment il y saura répondre.

Jacques BERTILLON.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

LES VARIATIONS DE FORME NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE LA PLANTE DU PIED, étudiées par la méthode graphique, par le docteur ROHMER, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy. Gr. in-8° de 76 pages avec 35 figures hors texte. Paris, Doin, 1880.

*A l'état normal* la méthode graphique démontre trois types de pieds, considérés par rapport à la forme de la plante :

a) *Pied cambré*, avec voûte plantaire très notable;

b) *Pied plat*, dans lequel la voûte n'existe presque pas ou fait défaut;

c) *Pied intermédiaire* aux deux précédents, type le plus fréquent.

---

remarquable seulement par sa puissance considérable. Quant aux appareils de canalisation exposés au Palais de l'Industrie, ils sont les spécimens de ceux qu'on établit actuellement dans le sous-sol des voies publiques de New-York pour l'éclairage de la ville et des particuliers.

Chaque canalisation consiste dans une barre de substance isolante, sorte de gutta-percha à bon marché, contenant dans son épaisseur deux tiges semi-cylindriques en cuivre. Complètement entourées par la substance isolante, ces tiges sont éloignées à la fois l'une de l'autre et du milieu environnant. Chaque barre est en rapport, par son volume, avec l'étendue à parcourir et le nombre des lampes à alimenter. Elle aboutit à des boîtes de forme aplatie et polygonales, constituées par la même matière isolante et placées aux intersections des rues. De chacun des côtés de la boîte s'irradient des barres secondaires, formant des canalisations de deuxième ordre, pour la distribution de la force électro-motrice dans les rues voisines. Chaque maison et chaque appartement est relié à cette canalisation par des fils électriques qui aboutissent aux appareils d'éclairage. Enfin, par une disposition remarquable du système, on peut continuer la distribution, dans le cas où, par une cause quelconque (éboulement ou avaries), le courant serait interrompu dans un point quelconque du parcours. A l'usine centrale, les cylindres de cuivre sont reliés aux générateurs dynamo-électriques; et un régulateur permet à un employé de régler la distribution du courant d'après la consommation de force électro-motrice.

Chaque lampe constituée par un globe pyriforme de verre, dans la cavité duquel le vide a été fait, renferme un filament de charbon vertical recourbé en fer-à-cheval. Chacune des extrémités de ce fer-à-cheval est reliée à un fil de platine qui le met en relation avec le circuit.

*D'après nos expériences cadavériques*, chaque muscle détermine sur la plante une déformation spéciale, commandée par l'action que chacun d'eux exerce sur une région déterminée du pied.

*A l'état pathologique*, les faits précédents sont démontrés par les cas de contractures ou de paralysies de muscles isolés, ou intéressant à la fois un ou plusieurs groupes musculaires.

Si l'on envisage spécialement les altérations que font subir à la plante du pied les maladies articulaires, surtout anciennes de cet organe, on trouve :

a) *Articulation tibio-tarsienne* : rien pour la plupart des affections récentes; dans les affections anciennes, le pied est étendu sur la jambe dans une légère adduction, ce qui diminue un peu la surface transversale de la plante.

b) *Articulation sous-astragalienne postérieure* : le pied est fortement ramené dans l'adduction; d'où diminution très sensible de la partie moyenne de la plante.

c) *Articulations médio-tarsiennes* : le pied est tourné dans l'adduction, ce qui détermine l'aplatissement de la voûte plantaire, et, par suite, un élargissement considérable de la partie moyenne de la plante.

d) *Articulations tarso-métatarsiennes* : dans les lésions très avancées de ces articulations, on constate sur le tracé une diminution de longueur et d'étendue de la portion métatarsienne, ces deux altérations étant dues probablement à une flexion du métatarse sur le tarse.

## Congrès médical international

### Maladies des enfants.

*Traitement des déviations de la colonne vertébrale.* — La presque totalité des orateurs a reconnu les bons effets du corset plâtré de SAYRE dans le mal de Pott avec gibbosité. Cependant M. REEVES a rapporté deux cas de paraplégie et un de torticolis consécutifs à la suspension et a soutenu que l'allongement obtenu par ce moyen n'était que passager. M. BAKER (Henry) a réédité l'ancienne idée que l'extension dans la période aiguë de la carie vertébrale était dangereuse, et sans utilité dans la période ultime.

M. OXLEY de Liverpool a suggéré une légère modification dans l'application de l'appareil. Il confesse que chez ses premiers malades il a porté plus loin l'extension qu'il n'aurait voulu. Il a reconnu depuis que le seul but de l'extension était d'empêcher le poids du corps de porter sur les vertèbres malades mais non de redresser la difformité. M. SAYRE insista sur le danger de l'extension exagérée, et reprocha à Langenbeck d'avoir conseillé de pratiquer la suspension pendant l'anesthésie. Pour lui la suspension n'a pour but que de faire cesser la contracture douloureuse des muscles spinaux causée par l'affection vertébrale, comme il arrive pour l'ex-

---

Ces lampes se fabriquent rapidement et industriellement, dans les ateliers de Manlo-Park, au moyen d'un outillage qui n'est pas une des moindres curiosités de l'Exposition. Des photographies nombreuses et des spécimens des diverses phases de la fabrication de chacune des pièces permettent au visiteur de se rendre compte des machines ingénieuses destinées à la production du vide et à la transformation par des opérations successives du filament de bambou en un fer-à-cheval de charbon. Chacun de ces charbons peut, par son incandescence dans le vide, donner, pendant sept à huit mois, cette admirable lumière. Après ce temps, il est nécessaire de le renouveler.

L'allumage et l'extinction des lampes sont des plus simples, au moyen d'un commutateur se manœuvrant aussi facilement que le robinet d'un modeste bec de gaz. L'allumage instantané d'un lustre dans la salle Edison est certainement féerique. Il fut un temps où des phénomènes moins étonnants faisaient crier au prodige et accuser les savants de sorcellerie.

Enfin, et c'est là une preuve du génie pratique de l'inventeur, la consommation des appareils est mesurée au moyen d'un compteur, dont la construction repose sur la propriété que possèdent les courants électriques de produire des dépôts dans les solutions métalliques qu'ils traversent. Le compteur de distribution de la lumière enregistre mécaniquement la quantité de cuivre déposée dans un circuit dérivé du courant principal et permet de connaître la consommation de force électro-motrice pendant un temps déterminé.

La plupart des autres lampes à incandescence ont des analogies avec celle d'Edison; elles n'en diffèrent que par les procédés de fabrication, par la forme du fil de charbon qui, par exemple, est celle d'une M dans le système de Maxim, d'un tour de spirale dans celui de Swann, etc., etc. Mais l'ensemble de ces divers systèmes constitue la réalisation pratique de l'éclairage privé par l'électricité. Le temps n'est sans doute plus éloigné où l'œil charmé par

tension forcée dans toutes les inflammations articulaires chroniques, et non de *redresser la bosse.* Dès que l'enfant ne souffre plus, la colonne a repris sa forme possible par cessation de la contracture et il n'y a plus qu'à appliquer l'appareil.

Dans la déviation latérale, M. Bernard ROTH repousse son emploi, sauf dans les cas extrêmes. D'ailleurs Sayre ne considère dans ces cas le corset que comme un adjuvant du massage et d'une gymnastique judicieuse des muscles du tronc et du cou. M. HOLMES termine la discussion en disant qu'on ne connaît pas encore bien les indications et contre-indications du traitement de Sayre dans l'inflammation vertébrale.

*Pathologie et traitement du genu valgum.* — M. LUCAS pense que cette difformité est dans presque tous les cas causée par le rachitisme, mais MM. HOLMES et LITTLE démontrent qu'elle peut reconnaître beaucoup d'autres causes. M. MACEWEN dit que dans les cas types il existe une torsion du tiers inférieur du fémur et un allongement du condyle interne, et que dans environ un tiers des cas on trouve une altération analogue du tibia, mais plus légère. M. BRODHURST prétend que le pied est plat, et que cette déformation précède celle du genou; le relâchement des ligaments serait dans ce cas le premier facteur de la maladie. M. MACEWEN soutient au contraire que le pied est toujours cambré et arqué sur son bord interne, et M. LITTLE, que le pied est d'abord plat, mais que par suite de la marche le gros orteil se dévie en dedans lorsque le genu valgum existe.

On parla peu de l'ostéotomie par la méthode d'OGSTON, probablement à cause de l'absence de son auteur, mais celle de MACEWEN (sus-condylienne) donna lieu à une discussion intéressante. Pour Macewen l'âge importe peu dans les indications de l'opération, à condition de ne pas intervenir avant 8 ans; l'état des os est le point le plus important à considérer; il ne faut pas opérer s'ils sont ramollis, car les attelles suffiront à donner le résultat désiré. Sur 600 opérations, Macewen n'a eu que 3 morts, et encore pour des causes indépendantes de l'ostéotomie. Six cas seulement ont suppuré. Il pense que son opération ne fait pas courir plus de risques au patient que la ténotomie.

Pour les cas ordinaires, LITTLE pense que l'extension ou la flexion forcée suffisent comme traitement; il donne en passant ce conseil de faire apprendre l'état de tailleur aux enfants pauvres atteints de genu valgum, à cause de la posture habituelle à cette profession. Dans les cas graves, il admet l'ostéotomie d'après la méthode de Macewen.

M. BRODHURST combat vivement l'ostéotomie, et défend le traitement mécanique, avec addition, dans les cas graves, de la ténotomie du ligament latéral externe et du tendon du biceps fémoral. Cependant, les dangers qu'il attribue à l'ostéotomie ne sont pas admis par M. BARKER. M. Jules GUÉRIN dit que, sur 300 cas vus par lui, il n'en a pas trouvé un qui fût justifiable de l'ostéotomie. M. FOCHIER (de Lyon) parle en faveur du *redressement brusque* (méthode de Delore), mais ne paraît pas trouver beaucoup de partisans dans l'assistance.

---

a pureté de cette lumière, abandonnant ses modestes habitudes, renoncera aux flammes fumeuses de l'éclairage par le gaz, l'huile ou le pétrole.

Il est impossible d'énumérer toutes les applications industrielles et artistiques de l'éclairage électrique. Il en est cependant de bien intéressantes. Tel est, par exemple, ce canon d'acier, dont on se demande l'usage dans une Exposition d'électricité. Ce canon a subi 2,207 explosions et le singulier instrument qui l'accompagne est un appareil d'éclairage électrique, composé d'un miroir incliné fixé à une longue tige et accompagné d'une sorte de lunette. Cet explorateur sert à rechercher les plus petites altérations que les gaz ont pu produire dans l'âme de la pièce.

Eh bien, cet instrument, par une étrange ressemblance, n'est pas sans analogie avec certains explorateurs employés en médecine, avec l'endoscope, par exemple; rapprochement assurément singulier, auquel on était loin de s'attendre, entre l'exploration de ce long tube d'acier et l'examen du canal de l'urèthre ou de la vessie.

Cependant, au point de vue médical, l'éclairage des instruments explorateurs par la lumière électrique serait un progrès considérable. La vulgarisation des lampes à incandescence permettra sans doute au talent inventif de nos fabricants d'instruments d'utiliser avec succès ces nouvelles sources de lumière. Les tentatives faites autrefois au moyen de l'arc voltaïque n'ont pas été favorables pour l'éclairage des cavités profondes, elles n'ont été utiles qu'à l'odontechnie et on peut voir dans les vitrines quelques appareils destinés à l'exploration de la bouche. La lumière dans l'éclairage par les lampes à incandescence est d'une toute autre nature, et son emploi aurait sans doute de grands avantages dans les examens par l'ophthalmoscope, le laryngoscope, l'endoscope. Cet éclairage ne fatiguerait pas l'œil comme la lumière de Drum-

M. HOLMES a résumé la question et émis des opinions que, comme la majorité de la section, nous trouvons très justes. Il pense que, si on soignait mieux les enfants dès le début, l'intervention chirurgicale dans le genu valgum serait inutile. Il fait remarquer la divergence de résultats annoncés par MM. Guérin et Macewen, 600 opérations par celui-ci, tandis que le premier, dans une pratique de plus d'un demi-siècle, n'a pas trouvé un seul cas où l'ostéotomie semblât indiquée. Malgré les excellents résultats annoncés par M. Macewen, M. Holmes ne peut admettre que produire une fracture compliquée du fémur soit un moyen thérapeutique sans dangers, bien que ce moyen soit incontestablement un progrès chirurgical.

*Traitement chirurgical de l'empyème.* — M. GERHARDT (de Wurzbourg) insiste sur la possibilité d'obtenir la guérison spontanée de l'empyème lorsque l'épanchement est peu abondant, tout en admettant que le cas soit extrêmement rare, — et sur la guérison par vomique sans pneumothorax. Quant au traitement chirurgical, il pense que l'aspiration peut être suivie de succès, mais ce moyen est insuffisant, ainsi que l'incision de la plèvre et le lavage fréquent avec des solutions antiseptiques. Le meilleur moyen consiste dans l'ouverture de la plèvre et son évacuation en prenant les précautions antiseptiques, ou dans le lavage de la cavité pleurale à l'abri du contact de l'air.

M. BAGINSKI (de Berlin) émet des opinions fort analogues à celles de M. Gerhardt; il pose un peu plus minutieusement les indications de l'intervention chirurgicale. M. WEST et M. RANKE (de Munich) considèrent l'évacuation de l'empyème par les bronches comme une éventualité plus rare chez l'enfant que chez l'adulte.

La plupart des membres pensent que l'aspiration est un moyen suffisant dans un certain nombre de cas, et que, lorsqu'il ne suffit pas, il faut employer l'incision et le drainage avec les précautions antiseptiques. M. CROSS (de Dublin) cite trois cas où ce dernier procédé lui a parfaitement réussi. M. PARKER fut d'avis que, lorsque le poumon est fortement adhérent, de manière à rendre l'aspiration inefficace, il faut faire pénétrer dans la plèvre de l'air phéniqué, afin de faciliter l'extraction du liquide; mais ce moyen serait plus applicable aux adultes qu'aux enfants.

*Résections articulaires.* — Ce sujet, déjà discuté à la section de chirurgie, fut repris dans la section actuelle. M. HUETER recommande d'injecter d'abord, dans les arthrites fongueuses, une solution phéniquée à 3 ou 5 pour 100 dans les fongosités, avec une seringue de Pravaz; si ce moyen ne réussit pas, il faut avoir recours à la résection. Cette pratique radicale a soulevé une vive opposition de la part des chirurgiens anglais, MM. HOLMES et DE MORGAN entre autres: ceux-ci pensent que le repos et l'immobilisation avec quelques révulsifs cutanés, suffisent pour amener la guérison dans la plupart des cas.

M. OLLIER, partant de ce point que toute résection articulaire pratiquée dans l'enfance nuit à l'accroissement ultérieur du membre, conseille l'*arthrotomie antiseptique* et l'*abrasion des*

---

mond ou les rayons solaires, et posséderait de plus une fixité et une pureté qui font défaut dans les appareils à huile, à gaz ou à essences minérales.

Et, chose singulière, c'est à propos de l'explorateur du canon que cette réflexion vient à l'esprit. Quelles analogies dans leurs procédés entre des sciences si opposées dans leur but, entre l'art de tuer et celui de guérir! L'éminent chirurgien qui imagina l'endoscope ne se doutait certes pas que cet instrument amplifié et construit sur une plus large échelle sous forme d'explorateur de canon, ferait un jour partie de l'arsenal de la guerre et du matériel des places fortes; qu'un jour Mars, pour perfectionner ses armes, ferait appel au génie d'Esculape, et que les mêmes instruments serviraient à la fois : *ad requiem animi aut salubritatem corporum.*

D^r Ch. ELOY.

---

LOTIONS ANTIPRURIGINEUSES. — DELAPORTE.

| | | |
|---|---|---|
| Phénate de soude. . . . . . . . . . . . . | 25 | grammes. |
| Glycérine neutre. . . . . . . . . . . . . | 100 | — |
| Eau de Cologne . . . . . . . . . . . . . | 75 | — |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . | 300 | — |

Faites dissoudre. — On imbibe une éponge de cette solution, et on la passe légèrement sur la peau, pour calmer les démangeaisons de l'eczéma et du prurigo, et modérer le prurit vulvaire. — N. G.

*surfaces articulaires* toutes les fois que la résection n'est pas urgente pour la conservation de la vie.

M. SAYRE admet que le repos, au début de l'affection, peut amener la guérison, mais non le repos dans un lit d'hôpital.

Citons encore le mémoire de M. MORE MADDEN sur l'étiologie et le traitement des affections tuberculeuses chroniques chez les enfants.

*Scarlatine chirurgicale.* — M. MARSH cite d'abord ce fait qu'à l'ancien Hôpital des Enfants de Londres, où les cas de scarlatine sont réunis dans la même salle que ceux de chirurgie, la scarlatine chirurgicale se montre assez souvent ; tandis qu'au nouvel hôpital, où les cas de médecine et ceux de chirurgie sont dans des salles séparées, cette complication est extrêmement rare. M. Marsh ne pense pas que la scarlatine entre par la plaie, car celle-ci ne change pas de caractères ; mais que le patient l'a déjà contractée et que la période d'incubation est abrégée par la dépression nerveuse causée par le traumatisme.

M. GOODHART dit que cette affection survient également dans la phthisie, et qu'il pense qu'il faut dans tous les cas un sol inflammatoire où les germes d'un poison spécifique puissent prendre racine. Un point reste douteux relativement à la nature de l'affection. On sait que la scarlatine chirurgicale met à l'abri de toute nouvelle atteinte de la maladie, mais on ne sait pas encore si la desquamation qui en provient peut communiquer la scarlatine ordinaire.

*Relations de la rubéole* (Rötheln ou German Measles) *avec la scarlatine et la rougeole.* — M. CHEADLE démontre que cette affection, qui pour lui est une forme atténuée de la rougeole, peut acquérir parfois un caractère de gravité extrême. Elle ne préserve ni de la rougeole ni de la scarlatine, et peut récidiver, au contraire de ces affections. M. William SQUIRE n'admet pas la récidive de la rubéole, qui possède tous les caractères d'une affection spécifique. Pour M. KASSOWITZ, la rubéole ne se change jamais en vraie rougeole, à laquelle elle ressemble plus qu'à la scarlatine, et dont il est parfois difficile de la distinguer. M. Lewis SMITH en fait une affection spécifique, modérément contagieuse, très bénigne, et dont le tableau symptomatique ressemble à celui de la rougeole et de la scarlatine. M. SCHUTTLEWORTH dit que la rubéole présente des caractères qui lui sont propres, bien que certains cas se rapprochent plus ou moins de la scarlatine ou de la rougeole ; elle ne garantit d'ailleurs d'aucune de ces deux fièvres éruptives.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

**Séance du 6 septembre 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.**

Correspondance non officielle :

M. le docteur COLSON (de Noyon) rappelle avoir communiqué, il y a quarante ans, à l'Académie un mémoire intitulé : *Anévrysme de l'origine de l'artère carotide gauche ; ligature du vaisseau par la méthode de Brasdor ; hémorrhagie, perte de l'œil du côté opéré ; guérison.* M. Colson ne veut pas mourir sans faire connaître à l'Académie que cette malade est venue succomber à l'Hôtel-Dieu de Noyon par suite du développement d'une tumeur fongueuse de la dure-mère et de la compression de l'hémisphère droit. Pareille tumeur existait à l'origine de l'artère carotide gauche qu'elle enveloppait complètement de tous côtés.

M. le docteur BEAUFILS transmet deux observations de variole traitées par le fer seul. Ayant appris que M. Ducastel préconise contre la variole l'opium à hautes doses et l'éther en injections hypodermiques, ainsi que le perchlorure de fer, comme il pense que le fer et l'opium agissent de même dans la variole et qu'ils sont des moyens héroïques, M. Beaufils s'empresse de soumettre ces deux observations à l'Académie.

—

M. MARROTTE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Hérard et Lasègue, fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Du Castel concernant la *médication éthérée opiacée dans le traitement de la variole.*

M. Marrotte termine son rapport en encourageant et en félicitant ceux qui travaillent à agrandir l'horizon et la puissance de la médecine, surtout lorsqu'ils le font avec l'ardeur, la bonne foi et la modestie qu'a montrées M. Du Castel. Mais, ajoute-t-il, qu'il permette à un de

ses anciens, mûri par l'expérience et qui a vu s'évanouir plus souvent que lui de décevants espoirs, de conserver un doute philosophique et d'attendre des faits plus nombreux pour admettre l'efficacité incontestable de la médication éthéro-opiacée.

Les conclusions du rapport, consistant à proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et à déposer son mémoire aux archives, sont mises aux voix et adoptées.

—

M. DE SINÉTY lit une note intitulée : *Des rapports qui existent entre la dysménorrhée membraneuse et la menstruation normale*, se résumant dans les termes suivants :

Il résulte des observations recueillies par l'auteur chez un grand nombre de femmes, qu'à l'état physiologique la muqueuse utérine n'est pas éliminée sous l'influence de la menstruation, contrairement à ce qu'on enseigne généralement. Cependant, dans certaines conditions pathologiques, la muqueuse du corps de l'utérus s'exfolie et est expulsée au moment de l'époque cataméniale. Ce phénomène, désigné sous le nom de dysménorrhée membraneuse, s'accompagne le plus souvent de douleurs vives et d'une perte de sang plus considérable qu'à l'ordinaire. Il ne constitue pas une maladie spéciale, une sorte d'entité morbide; on l'observe dans des conditions très variables, avec ou sans métrite. L'exfoliation, dans ces cas, résulte d'une exagération dans le processus menstruel normal amenant une infiltration trop intense des couches profondes de la muqueuse et une compression des vaisseaux de cette région, d'où l'élimination des tissus situés au-dessus de cette couche. On s'explique ainsi que tout ce qui empêche le sang de se faire jour, comme à l'état normal, par le réseau vasculaire superficie de la muqueuse, puisse être une cause de dysménorrhée membraneuse.

—

M. BOULEY communique un extrait de l'une des leçons qu'il a faites au Muséum sur la péripneumonie contagieuse. (Voir le *Bulletin* du jeudi 8 septembre.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Hyperhidrose phrénopathique*, par le docteur OLLIVIER, professeur à l'École de médecine navale de Toulon. — Un sous-officier, malade depuis un mois, entre à l'hôpital de Toulon pour des sueurs profuses datant de cette époque. Ses antécédents héréditaires sont nuls; il a été atteint de fièvres intermittentes en 1862, et depuis ce temps il éprouve chaque année des accès semblables. Depuis son entrée à l'hôpital, les sueurs profuses n'ont pas discontinué. Les vêtements du malade, la literie sont imbibés de liquide sécrété en abondance depuis neuf heures du soir jusqu'à minuit. La sueur est aqueuse, acide, puis alcaline, et sa température est celle du corps. La peau, turgescente et congestionnée, accuse, pendant toute la durée des accès, une température normale de 37 degrés. Un frisson précède quelquefois l'apparition des sueurs. Après leur cessation, le malade dort tranquillement et éprouve seulement de la fatigue. Pendant le séjour à l'hôpital, on a observé du prurigo et des éruptions érythémateuses et lichénoïdes donnant lieu à de vives démangeaisons. Les autres fonctions sont normales.

D'après l'auteur, cette hyperhidrose est de cause psychique. Elle appartiendrait à la variété phrénopathique de Spring et résulterait des émotions morales auxquelles le malade était souvent exposé. En effet, le séjour à la campagne, l'éloignement des soucis et la médication tonique combinée avec l'hydrothérapie et les antispasmodiques, ont été plus efficaces pour améliorer son état que les nombreux médicaments employés pendant le traitement à l'hôpitel. (*Arch. de méd. nav.*, t. XXXV, p. 207, mars 1881.) — Ch. E.

---

LOUIS LAUSSÉDAT. — L'inauguration du monument élevé par la ville de Moulins à Louis Laussedat, ancien député de l'Allier, a eu lieu ces jours derniers.

Représentant à la Constituante de 1848, Laussedat fut expulsé de France au coup d'État et se retira en Belgique, où il resta vingt-cinq ans. Les électeurs de Moulins l'envoyèrent à la Chambre après la chute de l'empire.

MM. Cornil député et président du Conseil général de l'Allier; d'Ormesson, ancien préfet du département; Martin, membre de la Société de médecine publique de Paris, et Faigneaux rédacteur de l'*Art médical Belge*, ont prononcé des discours.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine,* 13 septembre 1881. — La dernière communication de M. Bouley a suscité une lecture de M. Hervieux, qui vient aujourd'hui, à propos du procès-verbal, développer devant l'Académie ses idées personnelles sur la contagion et la réceptivité. Il ne s'agit plus des maladies inoculées aux bestiaux, sur lesquelles l'orateur se déclare incompétent; on perd de vue la question soulevée dans la dernière séance, pour entrer dans le domaine de la pathologie générale.

C'est aussi à propos du procès-verbal que M. Bouillaud prend inopinément la parole. Avec l'illustre vieillard, la question traitée par M. Bouley disparaît entièrement, et on peut se demander quel rapport existe entre la péripneumonie, les inoculations préventives et les souvenirs historiques que cette voix encore chaude et vibrante fait passer, pendant trois quarts d'heure, sous les yeux de l'Académie. Elle évoque tour à tour le typhus de 1815, la doctrine de Broussais sur les fièvres essentielles, Pinel qui a « régné » sur le monde médical, Galien lui-même et le « febris putris et imputris ». L'ombre de Piorry a dû se voiler la face quand l'orateur a traité le mot *septicémie* d' « expression malheureuse », sous prétexte que le sang n'est pas seul putride dans les affections typhoïdes, mais qu'il y a aussi des putridités locales. Pourquoi honnir ce terme euphonique et bien construit, qui veut dire simplement que les matières septiques pénètrent dans le sang, exprime ainsi la nature de l'intoxication, et, après tout, ne contredit en rien les idées de M. Bouillaud?

L'Académie, qui aime et respecte nos gloires médicales, a écouté religieusement cette voix éloquente du passé.

— Dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Tillaux a complété par de nouveaux détails une observation de goître exophthalmique opéré par lui. Déjà nous avons dit quelques mots de ce fait remarquable (UNION MÉD., 16 juin 1881); il n'est pas sans intérêt d'y revenir.

Après l'ablation du corps thyroïde, les accidents du goître exophthalmique disparurent, ou peu s'en faut; l'exophthalmie diminua, et le malade disait que ses paupières étaient devenues trop larges pour ses yeux. Les troubles de la circulation et de la respiration n'existaient plus. Malheureusement, la tumeur était un sarcome, et la mort eut lieu par généralisation.

Par une déduction naturelle, M. Tillaux incline à penser que les symptômes de la maladie de Basedow sont d'ordre mécanique, et suivent la compression des vaisseaux et des nerfs du cou par l'hypertrophie thyroïdienne. Malgré la légitimité de cette hypothèse, plusieurs membres de la Société firent quelque résistance, et dirent que certaines tumeurs de la thyroïde pouvaient simuler, par compression, les phénomènes propres à la maladie de Basedow, mais qu'il fallait maintenir un goître exophthalmique « médical », dû sans doute à une lésion primitive du système nerveux. Conclusion, bien connue dans les Sociétés où on discute au pied levé sur des questions soulevées à l'improviste : « Il y a les deux choses ».

Cette idée, que nous croyons fort dangereuse dans les explications pathogéniques, est exprimée par notre ami le docteur L. Henriet (*Tribune méd.*, 4 septembre 1881) dans les termes suivants : « Il n'est pas douteux que la présence au cou d'une tumeur, quelle que soit d'ailleurs sa nature, peut déterminer des troubles vasculaires et nerveux capables de produire l'exophthalmie, les complications cardiaques, et bien d'autres accidents. Mais est-ce là le vrai goître exophthalmique? N'est-ce pas plutôt un assemblage accidentel de symptômes qui simulent la maladie de Basedow? Celle-ci est généralement considérée comme une affection du grand sympathique; ce serait ainsi une maladie nerveuse qui dans certains cas serait essentielle, primitive, qui dans d'autres circonstances serait secondaire, consécutive à une tumeur, à une compression exercée sur quelque rameau sympathique... Il y a deux variétés de goître exophthalmique, l'un médical, l'autre chirurgical. »

Il me semble qu'en raisonnant aussi, avec le désir d'éviter les partis pris et de tenir un compte scrupuleux « des analogies et des dissemblances », on porte un jugement timide et qui n'avance pas la question. Je conçois qu'en présence d'un phénomène banal on invoque plusieurs éléments, les nerfs, les vaisseaux et bien d'autres encore. Mais quand il s'agit d'un ensemble très caractérisé, il faut se garder d'un éclectisme de mauvais aloi, et savoir reconnaître que les différents traits du tableau sont liés entre eux par une idée commune. Il y a dix explications également vraies de la dyspnée ou de la céphalalgie; mais y a-t-il deux théories valables du tétanos? Non certainement. C'est une intoxication ou une maladie réflexe, mais non les deux ensemble; entre les névristes et les humoristes, il faut choisir. Or, la maladie de Basedow me donne la même impression; il me répugne d'admettre que de pareils phénomènes soient à la fois d'origine nerveuse et d'ordre purement mécanique.

Vous avez l'habitude de considérer ces phénomènes comme primitivement nerveux. Un jour l'ablation d'une tumeur les supprime et vous oblige à reconnaître qu'ils étaient secondaires. Aussitôt vous dites : « Ce n'est pas la maladie de Basedow, c'est une maladie qui la simule ». De quel droit et par quelle pétition de principe affirmez-vous que le mal n'est plus le même, parce qu'il n'est plus conforme à votre idée préconçue?

Les arguments qu'on a fait valoir contre la théorie mécanique ne sont pas décisifs. La tumeur est de petit volume : mais le goître suffocant lui-même est souvent très minime; les dangers de la compression dépendent de ses rapports précis, non de sa masse. Le goître apparaît quelquefois après les palpitations, ou bien il rétrocède pendant qu'elles continuent : mais des hypertrophies très notables de la thyroïde se dissimulent souvent dans les tissus sans déformer la région, et nous pourrions citer un cas où une tumeur insignifiante, très mobile, et qu'on pensait énucléer sans difficulté, se trouva flanquée de gros lobes latéraux invisibles et cachés sous les sterno-mastoïdiens. Il faudrait prouver que la tumeur non seulement se décongestionne et s'affaisse, mais disparaît en réalité; autrement nous conserverons des doutes sur l'indépendance du goître et de l'exophthalmie et sur les dédoublements de la triade symptomatique. On a dit enfin que, dans la maladie de Basedow, le goître est de nature spéciale, toujours vasculaire; or, celui de M. Tillaux était un sarcome. Se servir d'un tel argument serait faire, comme plus haut, une pétition de principe. Ce que nous voudrions prouver, parce qu'il y aurait de ce côté pour la thérapeutique une lueur d'espoir, c'est précisément qu'une tumeur quelconque de la thyroïde peut amener les phénomènes en question, pourvu qu'elle ait certains rapports avec les nerfs et les vaisseaux du cou; et à ce point de vue, le cas de M. Tillaux était particulièrement intéressant. Mais notre désir de voir se réaliser un progrès thérapeutique ne nous aveugle pas au point de nous faire croire la question déjà résolue, et nous savons très bien qu'un ou deux faits nouveaux l'avanceraient plus que tous les raisonnements qui précèdent. — L.-G. R.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

### DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LE BANDAGE ÉLASTIQUE,

Par Lewis A. Stimson, de New-York.

Le 25 septembre 1875, le chirurgien d'état-major Walter Reid, de la marine anglaise, publiait dans *the Lancet* l'observation d'un malade chez lequel, quinze jours auparavant, il avait guéri un anévrysme poplité par l'emploi du bandage élastique d'Esmarch, après que toutes les autres méthodes eurent échoué. Cette observation attira si fortement l'attention en Angleterre que, dans l'espace de deux ans, Waquet put donner les détails de 7 cas, tous dus à des chirurgiens anglais, et tous heureux, à l'exception d'un seul. Un an plus tard, Petit réunit 12 cas nouveaux; et en janvier 1879, le docteur R.-F. Weir ajouta encore à cette liste 5 cas, dont 1 lui était personnel. J'en ai depuis rassemblé assez, grâce à l'aide de l'*Index medicus*, pour faire un total de 62 cas, dans lesquels la bande ou le tube de caoutchouc, ou les

deux ensemble, ont été employés pour la cure de l'anévrysme. A trois exceptions près (axillaire, circonflexe et tibiale antérieure), les anévrysmes ainsi traités appartenaient tous à l'artère fémorale ou à la poplitée, et la grande majorité à cette dernière.

L'idée d'appliquer ce bandage fut suggérée au docteur Reid, la veille de le mettre en pratique, par la vue d'un membre qui fut conservé par ce moyen vide de sang pendant soixante-dix minutes, pour l'opération d'une nécrose, sans inconvénient et sans dommage pour le patient. Il venait d'essayer, dans un cas d'anévrysme, pendant environ trois semaines la flexion du genou et les tourniquets, sans avoir obtenu d'autre résultat qu'un arrêt temporaire des battements, et, pensant que l'échec était dû à un arrêt incomplet de la circulation, il substitua la bande à ces moyens. Il l'appliqua étroitement sur toute la jambe, lâchement sur la tumeur, de façon à ne pas la comprimer, puis de nouveau étroitement sur le tiers inférieur de la cuisse. Le tube de caoutchouc fut alors placé et la bande enlevée. Au bout de cinquante minutes, la douleur était devenue si forte que le tube fut enlevé, un compresseur ayant été auparavant ajusté sur la partie supérieure de l'artère fémorale. A l'aide de ce compresseur, la circulation fut arrêtée deux heures encore après que l'anévrysme eut cessé de battre. Par précaution, on fit pendant un jour ou deux la compression intermittente avec le tourniquet, et le malade fut déclaré guéri.

A sa mort, quelques mois plus tard, on trouva l'anévrysme réduit de sa grosseur primitive, celle d'un œuf de poule, à celle d'une petite noix. Il était rempli d'une masse épaisse de consistance caséeuse, reste évident d'un caillot sanguin, et sur quelques points de ses parois étaient déposées des lames de fibrine stratifiées, dont quelques-unes étaient détachées en partie et tournées en dedans. Les parois du sac étaient bien nettes et non épaissies. L'artère était oblitérée par du tissu fibreux à deux pouces et demi au-dessus du sac. La fibrine stratifiée, d'après le docteur Reid, se serait formée pendant les premiers essais de compression, et le déplacement d'une partie de cette fibrine serait le résultat du rétrécissement du sac.

On trouva à peu près la même chose dans une seconde autopsie, après guérison par cette méthode; il y avait un caillot sanguin central. L'artère était oblitérée, mais il n'y avait pas de fibrine stratifiée et les parois du sac étaient très épaissies.

Dans deux cas où la mort fut la conséquence de l'opération, le sac fut trouvé rempli d'un caillot récent et mou, qui, dans l'un d'eux, remontait tout le long de l'artère (la tibiale antérieure) jusque dans la poplitée.

Ces autopsies indiquent le processus par lequel la guérison est obtenue dans les cas heureux; le sang retenu dans le sac se coagule pendant l'application de la bande; le caillot augmente pendant la compression subséquente de l'artère qu'il bouche à son point de jonction avec le sac, et si complètement que le sang ne peut passer au travers. Comme le sérum est résorbé et que le caillot diminue de volume, la paroi du sac suit ce mouvement et peut aussi augmenter d'épaisseur, probablement par suite de l'irritation causée par le caillot. La même irritation de la paroi de l'artère près de l'orifice du sac amène la formation de granulations qui bouchent définitivement le vaisseau.

Les soixante-deux cas que j'ai réunis doivent être divisés en *trois groupes*, suivant la méthode de traitement. Dans le premier, qui comprend cinquante-deux cas, la méthode du docteur Reid a été employée avec ou sans modifications de légère importance en apparence; dans le deuxième, cinq cas ont été traités par la bande élastique ou le tube en caoutchouc seul, alternativement employés avec le tourniquet ou la pression digitale pour arrêter complètement la circulation pendant plusieurs heures; le troisième contient cinq cas dans lesquels on appliqua la bande peu de temps chaque jour, et pendant plusieurs jours, sans compression de l'artère dans les intervalles, ou bien avec un tourniquet faiblement serré.

Les cinquante-deux cas du *premier groupe* ont donné vingt-huit guérisons, vingt-deux échecs et deux morts. Vingt-quatre de ces guérisons furent obtenues après un seul essai, et quatre après deux essais séparés par des intervalles de un à quatre jours. La bande fut appliquée, dans la majorité des cas heureux, pendant environ une heure, les termes extrêmes étant cinquante minutes et trois heures et demie; tantôt la bande a été peu serrée sur la tumeur elle-même de façon à ne pas la comprimer; tantôt la tumeur a été laissée entièrement découverte, et, dans quelques cas, le malade fut placé debout après l'application sur la jambe du bandage, qui était ensuite roulé sur la cuisse, pour que le sac fût entièrement distendu. Dans deux cas, M. Heath plaça le bandage sur la cuisse de haut en bas, pour sus-distendre le sac, pensant que par ce moyen la tendance à sa coagulation serait accrue, mais il ajoute que l'expérience faite pour vérifier cette vue théorique donna un résultat négatif. Après l'enlèvement du bandage, l'artère était comprimée au-dessus de la tumeur, avec les doigts ou le tourniquet, ordinairement pendant un temps variable de deux à neuf heures; mais, dans un cas, pendant une heure seulement et, dans un autre, pendant cinq jours; dans un cas, la flexion du genou fut substituée à la compression au-dessus du sac. Dans deux ou trois cas,

les battements reparurent le jour suivant et furent définitivement arrêtés par quelques heures de compression.

Pour douze des vingt-deux insuccès, la même méthode fut essayée dix-neuf fois; dans les dix autres cas, on fit dix-huit essais. Aucune compression ne paraît avoir été employée après l'enlèvement de la bande; mais, dans un de ces cas, elle fut gardée six heures et, dans un autre, trois heures, périodes plus longues que quelques-unes de celles où l'usage combiné de la bande et du tourniquet a déterminé la guérison. Dans cinq au moins des douze premiers cas, la méthode a été exactement et habilement appliquée; le sac a été conservé rempli et la pression a été maintenue pendant un temps suffisant. Si on les ajoute aux vingt-huit cas heureux, ils montrent que la méthode suivie même avec la plus grande rigueur échoue au moins dans quinze cas sur cent. Quant aux sept cas restant de ces douze échecs, on peut objecter avec quelque raison que la méthode a été employée peu exactement ou pendant un temps trop court; les détails n'étant pas assez complets, la question ne peut être tranchée.

Les dangers courus sont de trois espèces : 1° la gangrène, comme résultat du volume ou de l'extension du caillot; 2° la probabilité plus grande de la gangrène si l'on est obligé, après insuccès, d'avoir recours à la ligature; 3° le danger qui peut suivre l'accroissement de la tension artérielle dans les autres parties du corps pendant la tentative.

1° La mort a suivi, dans deux cas, l'emploi de la méthode; dans l'un, avec les signes d'une gangrène imminente; dans l'autre, avec une gangrène pleinement développée. Ces cas sont ceux du docteur Weir et de M. Rivington.

2° La seconde question, celle de la plus grande probabilité de la gangrène dans le cas où l'on doit recourir à la ligature après l'insuccès de la compression élastique, est soulevée par le cas suivant. M. Bryant a appliqué le bandage deux fois, pendant trois heures chacune, avec un intervalle de quatre jours, pour un anévrysme poplité chez un homme de 45 ans qui ne pouvait supporter ni instrument, ni pression digitale. Dans la première application, on employa la morphine et, dans la seconde, l'éther pour apaiser la douleur. Le premier essai fut suivi de la dureté du sac, laquelle disparut néanmoins entièrement avant que le second essai fût tenté. Au second essai, il dit qu' « on ne gagna pas grand'chose. » Quinze jours plus tard, il lia l'artère avec du catgut; la plaie guérit par première intention, mais le pied « devint bientôt le siège d'une gangrène ischémique, et une quinzaine de jours après l'application de la ligature, on fit l'amputation à la partie moyenne de la jambe. Le malade se rétablit bien. »

C'est le seul exemple de gangrène, dans les seize cas de notre liste, pour lesquels on eut recours à la ligature après insuccès du bandage, et ce nombre ne suffit pas pour déterminer si, oui ou non, la proportion est plus grande que pour la simple ligature, qui en compte deux, ou peut-être trois cas, sur quatre-vingt-sept, suivant M. Holmes.

3° On a montré par des observations faites avec le sphygmographe que, pendant l'application du bandage élastique sur un membre, la pression intra-artérielle est accrue dans les autres parties du corps, et on a prétendu que cet accroissement pouvait être dangereux s'il existait en même temps certaines altérations du cœur ou des artères. On n'a pas encore signalé d'accident dû à cette cause (1), et si des contre-indications venaient à exister dans quelques cas donnés, on pourrait éviter le danger en se servant du tube seul, comme on l'a fait dans deux cas. Par ce moyen, la quantité de sang normalement contenue dans le membre y serait retenue pendant l'opération et ne viendrait pas accroître celle que contiennent les autres portions du système circulatoire.

Notre *second groupe* contient cinq cas, ceux dans lesquels le bandage ou le tube seul a été employé deux ou trois fois, alternativement avec la pression instrumentale ou digitale, pour arrêter la circulation pendant plusieurs heures. Il fournit quatre succès et un échec. Celui-ci fut traité ensuite par la ligature qui, le treizième jour, fut suivie d'une hémorrhagie secondaire mortelle. Dans le cas de plus courte durée, le bandage fut appliqué pendant soixante-cinq et trente-cinq minutes, avec compression digitale intermédiaire et consécutive de cinquante et quatre-vingt-cinq minutes. Dans le cas le plus long, le bandage fut appliqué quatre fois pendant deux heures; le tourniquet était placé dans les intervalles, et ensuite de façon à compléter les vingt-quatre heures. Dans les autres cas, la période totale de compression fut de huit à neuf heures; dans l'un, on employa le tube sans bandage, et dans un autre,

(1) Ceci n'est pas absolument exact. D'abord le malade de Wagstaffe est mort, cinq mois après la guérison, de la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans le péricarde. (Voir Petit, *Bull. gén. de thérap.*, 1878, t. 94, p. 461.) Il est probable qu'il existait, au moment du traitement par la bande élastique, une altération de l'aorte qui n'a fait que s'aggraver plus tard. Ensuite, dans le cas de M. Weir, suivi de mort, on a trouvé une dégénérescence graisseuse du cœur; et on peut dire, avec M. Verneuil, que la mort a été causée par l'excès de pression exercée pendant près de douze heures sur cet organe malade. (*Bull. Soc. de chir.*, 1880, p. 578.)

celui qui donna un insuccès, les pulsations reparurent le jour suivant, et le tourniquet fut réappliqué pendant trois heures, mais avec un succès tout à fait temporaire; on eut enfin recours à la ligature.

Le *troisième groupe* contient cinq cas avec trois succès et deux insuccès; la méthode employée était radicalement différente. Trois de ces cas furent traités, un par Gersung, un par Raab, et l'autre par Esmarch. Le plan général était d'appliquer le bandage et le tube avec juste assez de force pour arrêter les battements, et de laisser le dernier en place pendant une demi-heure environ; répéter la même chose chaque jour, ou deux fois par jour, pendant plusieurs semaines, et comprimer l'artère avec un tourniquet ou un sac de plomb pendant deux ou trois heures après chaque application du bandage. Gersung guérit son premier cas en dix-huit jours par douze applications de trente minutes chacune, et son second cas (anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale) en douze semaines, par des applications de vingt à vingt-cinq minutes par jour pendant quatre semaines, et de cinquante minutes deux fois par jour pendant le reste de la période.

La conclusion à tirer de tous ces cas paraît être que nous avons dans le bandage élastique un moyen efficace pour abréger sans danger la durée du traitement par compression des anévrysmes fémoraux et poplités. L'efficacité plus grande et l'action plus rapide de cette méthode sont sans doute dues en grande partie, sinon entièrement, à l'arrêt de la circulation dans les vaisseaux collatéraux aussi bien que dans l'artère principale, ce qui assure la stagnation absolue du contenu du sac. Par conséquent, le tube de caoutchouc qui entoure étroitement deux ou trois fois le membre au-dessus de l'anévrysme, doit être considéré comme la partie efficace de la méthode, et le principal, peut-être le seul avantage du bandage, est de rendre suffisante de la part du tube une compression moins forte.

Les règles de cette méthode comportent le maintien du bandage ou du tube pendant une ou deux heures et la compression de l'artère à l'aide du tourniquet ou des doigts pendant plusieurs heures après. Cette compression doit être assez énergique pour empêcher le cours de sang dans l'artère, mais après qu'elle a été faite pendant une heure ou deux elle doit être interrompue pour un temps, ainsi que le recommande Weir, pour s'assurer si les battements apparaissent de nouveau dans le sac. Si les battements reviennent peu d'heures après une guérison apparente, il faut de nouveau comprimer l'artère pendant un certain temps. Il ne faut pas que le bandage élastique comprime l'anévrysme, car la guérison ne peut être obtenue qu'en remplissant le sac par un caillot, et si ce caillot est plus petit que sa capacité ordinaire, il sera plus facile au sang de se créer une voie à travers ce sac après la cessation de la compression, ce qui peut empêcher la guérison. Si le caillot primitif s'étend en haut jusque dans l'artère, cette éventualité est moins à craindre; mais comme le chirurgien ne sait si ce fait a eu lieu, il est plus prudent d'agir comme si cela n'était pas. D'un autre côté, la distension exagérée du sac, comme l'a pratiquée M. Heath, semble inutile et peut être même dangereuse. Le caillot est par lui-même une cause d'irritation pour les parois du sac, et si cette irritation légère est accrue par une extrême distension, elle peut dépasser la limite qui amène la production de tissu et provoquer la suppuration.

L'introduction des aiguilles ou d'injections coagulantes a été proposée mais non encore pratiquée. Ce sont là des moyens à employer de préférence dans ces cas exceptionnels où la première tentative n'a pas produit la coagulation, mais comme ils peuvent faire courir un certain risque de suppuration, il vaut mieux ne pas les employer dans le premier essai. (*The American Journal of the medical sciences*, avril 1881, p. 321-329.)

NOTE. — Voici les sources d'où viennent les cas signalés dans ce travail:

PETIT. *Bulletin général de thérapeutique*, 1878, pages 458, 504, 543. — WEIR. *Am. journ. of med. sciences*, jan. 7, 1879; *New-York med. journ.*, vol. XXIX, p. 520, et vol. XXXI, p. 637; *Archives of med. of New-York*, 1880, III, p. 207. — GERSUNG, *Archiv. für Klinische Chirurgie*, vol. XXIV, p. 798. — *The Lancet*, 1875, II, p. 448; 1876, II, p. 184, 461; 1877, I, p. 571; 1878, I, p. 86; II, p, 880, and sept. 28; 1879, II, p. 81, 121, 328, 575; 1880, I, p. 289; II, p. 608. — *Transactions of pathological Society*, London, vol. XXIX, p. 72. — *Transactions of clinical Society*, London, 1879, vol. XII, p. 55. — *British medical Journal*, 1880, II, p. 15. — *Transactions med. Soc. Kings Co.*, New-York, 1879-1880, p. 223. — *Australian med. Journ.*, may 1879, p. 243. — *Bryant's Practice of surgery*, 2d am. ed., p. 324. — *St. Bartholomew's Hospital Reports*, vol. XV, p. 75. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1879, vol. VI, p. 65. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1880, p. 570.

Paul BOYER.

## CORRESPONDANCE

M. le docteur E. Pineau, du Château-d'Oléron (Charente-Inférieure), nous adresse une note intéressante au sujet de la fièvre intermittente essentielle d'origine émotive, dont nous avons publié un exemple dû à M. le docteur Rousseau (UNION MÉD., 1er septembre 1881). L'observation de notre distingué confrère est analogue à celle de M. Rousseau, mais seulement au point de vue du mode d'invasion des accidents; elle en diffère à plusieurs égards, notamment en ce que la maladie s'est déclarée dans un pays à fièvre intermittente, et chez une femme qui subissait déjà depuis quelque temps les atteintes de l'empoisonnement paludique. Voici l'exposition du fait :

Dans le canton où j'exerce, dit M. E. Pineau, en pleine constitution paludique, une femme de 55 ans, atteinte quinze jours auparavant d'une cholérine qui fut arrêtée par un purgatif salin, est reprise de la même diarrhée les 23, 24 et 25 août. Cette diarrhée est séreuse, profuse, accompagnée de la *barre épigastrique* propre à un grand nombre de déterminations paludéennes. Un éméto-cathartique demeure sans résultats; mais, peu de jours après, les accidents s'arrêtent progressivement et spontanément, après un premier accès fébrile survenu dans des conditions que je vais rappeler, comme s'il y avait eu substitution de la fièvre intermittente au flux abdominal. Celui-ci, d'ailleurs, était sans doute aussi d'origine tellurique; pour moi, cette femme subissait dès sa première diarrhée l'influence de la constitution médicale du moment. Voici comment se fit cette substitution :

Le 26 août, à cinq heures du soir, la malade reçoit une dépêche lui annonçant qu'une petite fille qu'elle affectionne beaucoup vient de mourir du croup. Aussitôt elle est prise d'un tremblement violent qui dure jusqu'à huit heures du soir et est suivi, dit-elle, de fièvre jusqu'à une heure du matin. Il serait intéressant de savoir si le thermomètre a monté pendant ce tremblement, comme dans le frisson légitime des fièvres, ou s'il fut d'ordre purement émotionnel.

Le lendemain 27, le 28, le 29, l'accès fébrile se déclare à deux heures de l'après-midi pour s'éteindre à deux heures du matin. Le frisson ne dure chaque fois que cinq à six minutes, la sueur finale est modérée.

Le 30, l'accès retarde d'une heure, mais il est beaucoup plus violent, le frisson plus long, la sueur profuse. Cet accès plus marqué que les autres coïncide avec la cessation complète de la diarrhée. Je vois la malade au sortir de ces secousses répétées, brisée, émaciée, jaunie, sans forces. — Traitement : sulfate de quinine, acide arsénieux.

Notre confrère pense, et nous sommes de son avis, qu'il n'y a pas eu simple coïncidence entre l'émotion vive ressentie par la malade et l'invasion de la fièvre. L'une a provoqué l'autre, et c'est là un exemple probant d'accès fébrile de nature paludéenne suscité par une émotion morale dans un organisme déjà envahi.

A l'appui de cette opinion sur le rôle que peut jouer le système nerveux dans la genèse des diverses manifestations paludiques, notre confrère nous déclare que les femmes lui ont toujours paru plus exposées que les hommes aux affections de cette nature, et il nous donne, comme étant l'expression à peu près exacte de son observation, un relevé des malades qu'il a traités pendant le mois d'août dernier pour des cas d'impaludisme types : nous y voyons figurer 10 femmes et 5 hommes.

Nous admettons avec M. E. Pineau l'influence d'une émotion morale sur l'éclosion d'un accès fébrile, quelle que soit sa nature. Car nous croyons, sans pouvoir rien affirmer, à une théorie nerveuse de la fièvre, et nous repoussons les théories humorales exclusives. Nous croyons, d'une part, qu'il y a des fièvres sans intoxication; d'autre part, que dans les intoxications accompagnées de fièvre, celle-ci est causée, non par la dissémination de l'agent infectieux allant modifier la nutrition de chaque élément et exagérer les combustions interstitielles, mais par le transport de cet agent sur les éléments nerveux. Ceux-ci, troublés dans leur action, provoquent au sein des tissus, qu'ils nourrissent et modifient incessamment, les phénomènes trophiques d'où résulte l'hyperthermie. Toute fièvre porte le cachet du système nerveux. L'intermittence même le prouve, ainsi que les oscillations des fièvres continues; car l'action nerveuse est, de sa nature, intermittente.

Cela posé, une impression vive peut, en provoquant le système nerveux, déterminer l'apparition d'accidents qui seraient venus plus tard ou sous une autre forme; mais il y a loin d'un accès fébrile éveillé de la sorte à une « fièvre intermittente essentielle d'origine émotive. » Quand on parle ainsi, on suppose une fièvre qui est purement émotive, et rien autre. C'est l'existence de cette nouvelle entité pathologique que M. le docteur Rousseau a cherché à établir, que d'autres auteurs ont également supposée, et qui attend une démonstration plus complète. — L.-G. R.

## Congrès médical international

### Maladies des enfants.

Suite. — (Voir le numéro du 13 septembre.)

*Relations de la chorée et du rhumatisme.* — M. Stephen MACKENZIE et M. O. STURGES ont cité à ce propos des opinions tout à fait opposées, basées des deux côtés sur un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital; le premier est pour, le second contre la nature rhumatismale de la chorée. M. BYERS pense que le rhumatisme et la chorée ont parfois un lien commun dans l'endocardite; mais pour faire accorder ensemble les cas rhumatismaux et ceux qui ne le sont pas, il pense qu'on pourrait faire intervenir une altération primitive du système nerveux, la nature nerveuse du rhumatisme étant admise actuellement par beaucoup d'auteurs.

Pour M. STEFFEN, le rapport entre la chorée et le rhumatisme n'est pas prouvé, même par la coexistence de ces deux maladies avec l'endocardite. Il pense que, dans ces cas, la chorée est toujours l'affection primitive. Le murmure cardiaque se produit sans endocardite dans la chorée, mais non dans le rhumatisme.

M. RANKE (de Munich) a traité 40,723 enfants depuis 1867; il n'a vu que 19 choréiques, dont un seul avait eu auparavant une attaque de rhumatisme aigu; chez deux autres, la chorée était survenue après une peur; chez les autres, on ne trouva pas de cause immédiate.

MM. BARLOW et WARNER communiquent un mémoire sur l'existence, chez les rhumatisants et les choréiques, de nodules sous-cutanés siégeant au voisinage des jointures, dans les tendons et les aponévroses profondes, et formés de tissu fibreux. Sur 27 de ces enfants, 12 étaient choréiques, et 20 environ avaient eu antérieurement des attaques de rhumatisme.

*Rapports entre la syphilis et le rachitisme.* — M. PARROT se propose de démontrer que le rachitis a pour origine constante la syphilis héréditaire, et donne un grand nombre de preuves en faveur de cette manière de voir. Nous n'insisterons pas sur les opinions de notre savant maître, bien connues de nos lecteurs; nous rappellerons seulement sa communication au Congrès de Reims sur la nature syphilitique de l'érosion dentaire, et les points principaux de la communication actuelle : l'ostéomalacie n'est pas le rachitis; on peut produire artificiellement la première, jamais le second; le rachitis a toujours pour cause la syphilis héréditaire, dont il est pour ainsi dire la dernière expression; né d'une affection contagieuse, il n'est pas contagieux.

Pour M. BAGINSKI, le rachitisme s'observe chez la majorité des enfants atteints de syphilis héréditaire, même les mieux nourris, après des affections graves et une mauvaise hygiène, mais il est aussi fréquemment associé à des troubles du système nerveux (laryngite striduleuse, hydrocéphalie, hypertrophie du cerveau).

M. STEPHENSON n'admet nullement la pathogénie défendue par M. Parrot. Il pense que les déductions tirées des faits produits sont erronées; pour lui, l'élément causal dans la production du rachitisme n'est ni la syphilis, ni une mauvaise hygiène, mais une habitude constitutionnelle, ou diathèse.

M. BOUCHUT soutient que la syphilis n'est pas un facteur direct dans la production du rachitisme; les déformations osseuses et dentaires attribuées à la syphilis sont dues à la cachexie et au défaut de nutrition. On observe de pareils résultats à la suite d'autres maladies, telles que l'entérite chronique, les suppurations prolongées, la scrofule, etc. MM. BYERS, RANKE, EDDISON, MOORE, JACOBI, etc., sont également opposés à la théorie syphilitique du rachitisme.

M. GIBERT (du Havre) partage, au contraire, l'opinion de M. Parrot. Mais il est à peu près le seul.

M. Robert Lee admet que les lésions osseuses attribuées par M. Parrot à la syphilis sont bien dues à cette diathèse, mais non qu'on puisse attribuer à l'ostéomalacie ce qu'on appelle généralement rachitisme en Angleterre.

M. Sansom ne pense pas que la syphilis soit une cause constante de rachitisme. Sans doute, ces deux conditions sont souvent associées, mais, s'il y a une relation entre elles, c'est que la syphilis est la cause d'une dyscrasie générale sur laquelle se greffe le rachitis.

M. West dit que le rachitis était connu en Europe bien avant la syphilis; que la syphilis est très commune au Brésil, tandis que le rachitis y est inconnu; que les symptômes donnés comme ceux d'une syphilis héréditaire par M. Parrot ne le sont pas sûrement; que le rachitisme s'accompagne toujours d'un arrêt de développement, ce qui n'est pas le cas pour la syphilis; enfin, qu'il est possible de produire le rachitisme chez les animaux. Pour toutes ces raisons, il pense que la théorie de M. Parrot, sur la relation de cause à effet entre la syphilis et le rachitisme, n'est pas encore démontrée.

M. Magitot, dans sa communication sur la pathogénie de l'érosion dentaire, soutient, comme on sait, que cette lésion est causée par l'éclampsie infantile, et nullement par la syphilis héréditaire. A l'encontre de l'opinion de M. Parrot, il présente une dent de bœuf portant des traces manifestes d'érosion, outre les autres arguments bien connus déjà par ses communications antérieures.

*Sur la diphthérie.* — Les conditions de la production de l'albuminurie et de la paralysie, avant ou après la diphthérie, ont été bien étudiées par plusieurs orateurs.

M. Abercrombie a trouvé dans beaucoup de cas de paralysie une action irrégulière du cœur et de l'albuminurie. Les modifications signalées par Déjerine dans la moelle épinière ne seraient pas aussi constantes ni aussi marquées qu'il l'a prétendu. La belladone est le seul médicament qui semble avoir une influence heureuse sur la marche de la maladie.

M. Jacobi, au contraire, dit que la paralysie ne se présente pas généralement dans les cas compliqués d'albuminurie et de néphrite.

M. William Squire a étudié en général les paralysies survenues après la diphthérie et autres affections fébriles aiguës, et en donne les conditions pathogéniques.

Pour M. Jacobi, l'albuminurie se rencontre souvent dans la diphthérie, mais n'est pas un symptôme grave dans la plupart des cas. Cependant la néphrite aiguë diffuse fait ici son apparition dans une période plus précoce que dans la scarlatine. M. Abercrombie soutient, de son côté, que la présence de l'albumine dans les urines est toujours un symptôme défavorable, surtout dans les cas où il y a des symptômes laryngiens concomitants.

La nature et le mode de propagation du contagium ont fait l'objet de communications de la part de M. Hubert Airy et Thorne Thorne. En outre, M. Jacobi a avancé que le contagium était probablement de nature chimique. La présence des bactéries dans les cas de diphthérie ne prouve pas que l'affection soit parasitaire. L'auteur rappelle ensuite les modes d'introduction du poison.

MM. Buchanan et Macewen ont pris la parole à propos du traitement chirurgical du croup. M. Buchanan est d'avis qu'on ne devrait avoir recours à la trachéotomie que dans les cas où il y a menace de suffocation. M. Macewen préconise l'introduction de canules par la voie buccale dans la trachée, moyen qui facilite la sortie des fausses membranes sans s'opposer à l'introduction des aliments.

Dans le traitement médical de l'affection, M. Maurel recommande les inhalations d'oxygène, et M. Bouchut les applications locales de papaïne, dont il a démontré les propriétés dissolvantes de la fibrine au Congrès de Reims (1880) et des fausses membranes diphthéritiques au Congrès d'Alger. Les heureux résultats annoncés à ce dernier Congrès ont été confirmés par ceux obtenus depuis lors.

L.-H. Petit.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents,
Par le docteur F.-L. Debacker. In-8°. Paris, 1881. Coccoz.

A la suite d'un intéressant travail inaugural, M. le docteur Debacker pose les conclusions suivantes :

Il y a deux genres essentiellement distincts d'hallucinations et de terreurs nocturnes : les unes sont d'origine non cérébrale, les autres d'origine cérébrale.

Les premières sont le plus souvent produites par des indigestions gastro-intestinales dont les causes varient : dentition difficile et laborieuse, vers intestinaux, constipation, diarrhée, émotions intempestives, etc., etc.

Les secondes dépendent de maladies passées dont les traces sont demeurées et manifestent de véritables lésions cérébrales ; ce sont les hallucinations et terreurs nocturnes chez les convalescents de fièvre typhoïde, de pneumonie ; c'est le cas encore des individus surmenés ; elles constituent une catégorie à part qu'on pourrait désigner sous le nom de délire d'inanition générale.

D'autres hallucinations et terreurs sont des symptômes de maladies cérébrales *présentes.* Leur principal caractère est leur persistance. C'est le cas de l'idiotie, du délire des persécutions, la démence, en un mot, de l'enfant.

Une troisième catégorie bien distincte encore est celle des hallucinations et terreurs, prodromes des maladies cérébrales *futures*, et dans ce cadre viennent se ranger toutes les candidatures à la folie. L'hérédité doit être ici interrogée avec un soin tout spécial ; on doit craindre les méningites tuberculeuses, l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie le plus souvent chez les enfants les plus précoces, l'hallucination protopathique telle que l'entend Luys.

Enfin il est d'autres hallucinations et terreurs qui ne peuvent être comprises dans ces deux grandes classes : ce sont celles qui ont pour cause toutes les intoxications.

Le médecin appelé près d'un enfant dont les terreurs effraient les parents doit repasser dans son esprit toutes ces grandes causes. Le plus souvent il aura affaire à un cas du premier genre, à quelque trouble gastro-intestinal facile à surmonter, et le diagnostic sera confirmé si les accidents cessent après la constipation vaincue ou la diarrhée enrayée, les vers expulsés ou enfin le prurit de la dentition guéri.

Il recherchera l'alcoolisme héréditaire, les abus de l'enfant et de sa nourrice ; il pensera aux circonstances qui peuvent déterminer l'encéphalopathie saturnine ; les circonstances d'absorption de la belladone, de l'opium, du sulfate de quinquina, ne seront pas difficiles à découvrir enfin, il sera facile de trouver les autres causes, telles que les parasites, poux ou gale, les récits fantastiques, la chorée, les petites passions des enfants, etc.

Si, au contraire, les crises nocturnes persistent, qu'il se tienne en garde et veille à empêcher l'éclosion d'une maladie plus grave par tous les moyens prophylactiques appropriés : l'éducation soignée, virile, sans brutalité ni sentimentalisme, la vie et l'exercice à la campagne, les soins de propreté, la gymnastique intellectuelle bien dirigée, seront les meilleurs remèdes dans ce cas.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 septembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. Bergeron présente un travail de M. Drouineau sur la suette miliaire.

M. Méhu fait hommage d'une brochure intitulée : *Étude sur les liquides extraits des kystes ovariques.*

M. Larrey présente le récent volume publié par l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Toulouse.

M. Léon Colin présente, au nom de M. Arnould, un volume intitulé : *Nouveaux éléments d'hygiène.* L'auteur donne une importance considérable à l'étude du sol, considéré comme réservoir des éléments miasmatiques et comme destructeur des matières organiques.

—

M. Hervieux lit une note sur la réceptivité dans les maladies virulentes. Il veut, dit-il, présenter quelques observations qui lui ont été suggérées par la dernière communication de M. Bouley, notamment en ce qui touche la contagion contractée, au moyen de la cohabitation, par les bêtes ovines.

M. Hervieux rappelle l'infection qu'il a vue se produire dans les salles de l'amphithéâtre de Clamart ; c'était bien là une *contagion volatile*, du genre de celle que M. Bouley a signalée. Elle provoquait des effets divers : parmi les élèves, les uns éprouvaient des vomissements, les autres des embarras gastriques, les autres de la diarrhée. Très peu échappaient à l'influence morbide ; mais, suivant le degré de réceptivité, les malades étaient plus ou moins gravement atteints. Des phénomènes analogues se produisent dans les salles des maternités. Il y a des

variétés dans les formes des affections, des variétés dans les effets : sueurs profuses, lochies fétides, accouchements prématurés, fœtus frappés de mort dans le sein de la mère. Quand on y regarde de près, on s'aperçoit que, dans l'immense majorité des cas, même les sujets qui paraissent indemnes au premier abord, ont éprouvé des commencements d'intoxication septicémique.

M. Hervieux conseille, lorsque la septicémie est déclarée, de favoriser l'écoulement des lochies et de ne pas chercher à supprimer trop vite la diarrhée. Ce sont des voies d'élimination qu'il importe de laisser ouvertes au virus.

M. Jules Guérin cède son tour de parole à M. Leblanc dans la discussion qu'il désire engager sur la note de M. Bouley.

M. Bouillaud entre dans de longues considérations sur les théories qui ont régné depuis le commencement du siècle sur les fièvres. Dans l'impossibilité où nous sommes de résumer complètement le discours du maître éminent, nous nous bornerons à indiquer les quelques points saillants de cette causerie.

M. Bouillaud regrette, à certain point de vue, que Pinel, qui a d'ailleurs rendu tant de services à la science nosologique, ait cru devoir substituer l'expression de *fièvre adynamique* à celle de *fièvre putride* consacrée depuis Galien; le mot *putride* visait avec raison la cause de l'affection.

Dans l'ensemble des formes morbides réunies sous la dénomination commune de fièvres, il y a lieu de faire une distinction fondamentale et de séparer nettement les formes putrides de celles qui ne le sont pas. Celles-ci, les fièvres proprement dites, se manifestent par un excès de vie, une augmentation de la température, une accélération de la circulation. Elles sont inflammatoires. Celles-là sont putrides et caractérisées par la gangrène de certains tissus, la putréfaction de certains organes, l'état du sang, etc.

Ce qu'on appelle septicémie, avec la prétention de désigner un état général, n'est qu'un élément dans l'ensemble des phénomènes putrides.

On s'imagine volontiers avoir tout renouvelé aujourd'hui; nous nous agitons sur les mêmes faits, sur les mêmes questions que nos prédécesseurs. Et M. Bouillaud s'évertue à démontrer cette assertion par un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire des théories relatives aux fièvres; il cite Pinel, Chomel, Broussais, Prost, Petit et Serres, etc.

Dès 1826, ajoute M. Bouillaud, j'avais établi par une étude anatomo-pathologique complète du sang les caractères différentiels que présente ce liquide dans la fièvre inflammatoire et dans la fièvre putride. Dès cette époque, j'avais très clairement signalé la distinction qu'il convient de faire dans les cas de fièvre putride provoqués, soit par une cause extérieure, soit par une cause intérieure, ayant son siège dans l'organisme du sujet atteint. Je demande que M. Hervieux ne néglige pas cette distinction essentielle et qu'il n'omette pas de signaler, quand il l'observera, l'infection provenant, non du miasme ambiant, mais d'une lésion organique.

Quant aux miasmes, M. Bouillaud répète avec raison qu'ils étaient connus même par les anciens, connus non dans leur forme et leur aspect, mais par les effets morbides dont ils sont l'origine. Le microscope a donné à ces éléments, dans quelques circonstances, une réalité visible; mais, au fond, il n'y a rien eu de changé à la doctrine.

—

M. Smester lit une note consacrée à établir expérimentalement, au moyen de flacons et de tubes adaptés aux voies respiratoires, que ni l'expiration ni l'inspiration ne peuvent s'accomplir simultanément par la bouche et par les narines.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Etiologie et pathogénie des anévrysmes*, par le docteur Lancereaux, professeur agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux. — Les anévrysmes sont un effet de l'artérite; leur étiologie est donc liée à celle des phlegmasies artérielles et surtout des artérites circonscrites. On peut formuler ce fait comme une loi : *l'anévrysme est d'autant plus fréquent que l'artérite est plus circonscrite.*

En effet, c'est entre 30 et 50 ans que les anévrysmes sont les plus fréquents; à l'âge auquel se montrent les artérites circonscrites et les artérites en plaques, tandis que l'artérite généralisée se rencontre plus tardivement. Relativement au siège, il est prouvé que l'artérite circonscrite siège plus souvent sur l'aorte thoracique que sur l'aorte abdominale, et les statistiques de Cresp montrent qu'il en est de même des anévrysmes. De plus, la syphilis, la

tuberculose, l'impaludisme produisent l'artérite circonscrite; d'où cette conséquence, que les anévrysmes sont fréquents dans les classes de la population où ces maladies sont plus communes : par exemple, chez les marins et les soldats. Enfin, il est remarquable que ces affections ont, en quelque sorte, chacune un siège de prédilection : la syphilis pour les artères cérébrales ; la tuberculose pour les artères pulmonaires et leurs ramifications; l'impaludisme pour l'aorte thoracique et ses branches collatérales.

L'alcoolisme, d'après l'auteur, n'étant pas une cause d'artérite, ne peut jouer un rôle dans l'étiologie des anévrysmes. Il n'en est pas de même des embolies artérielles, qui peuvent produire l'inflammation des artères, et par conséquent les tumeurs anévrysmales. Toutefois, dans la goutte et le saturnisme, l'artérite généralisée de l'aorte abdominale principalement est une cause d'anévrysme de cette artère. Les contractions musculaires fréquentes ou exagérées, jouent un rôle dans la genèse de certaines tumeurs anévrysmales; pour les artères du creux poplité, par exemple. Enfin les émotions morales, les efforts excessifs, sont des causes adjuvantes, efficaces, surtout quand il existe des altérations préalables de artères.

Au point de vue de la pathogénie, les conditions essentielles de la production des tumeurs anévrysmales sont les lésions des éléments anatomiques des artères, par transformation graisseuse des fibres musculaires et dégénérescence granuleuse des fibres élastiques. Ces altérations, plus marquées dans l'artérite circonscrite, ont pour conséquence la perte d'élasticité et de résistance de la tunique moyenne et la distension graduelle de la paroi vasculaire. (*Journ. des Conn. méd.*, 30 juin 1881, p. 201.) — Ch. E.

*Le rein sénile*, par le docteur Dreyfus-Brissac. — Les altérations macroscopiques et histologiques du rein sénile sont celles d'une sclérose atrophique diffuse. Les auteurs sont donc d'accord sur la nature des lésions, mais ils sont loin de s'entendre sur leur pathogénie. Pour J. Ballet, les localisations scléreuses siègent primitivement sur les canaux urinifères et donnent lieu consécutivement à la périartérite. Le mécanisme de cette atrophie tubulaire est comparable à celle de la néphrite interstitielle épithéliale des goutteux et des saturnins. Pour Henry Martin et Démange, les lésions artérielles seraient l'origine de tout le processus. Du fait de l'endartérite ou de la périartérite, résulteraient non pas une prolifération inflammatoire du tissu conjonctif interstitiel, par action de contiguïté, mais des troubles circulatoires et nutritifs donnant lieu à la dégénérescence des cellules dans les points où le sang n'arrive plus en quantité normale. Le tissu conjonctif continue de proliférer pendant ce temps en détournant, à son profit, les matériaux disponibles. Dans cette théorie, le rein sénile n'est plus une néphrite interstitielle, mais une sclérose dystrophique et non inflammatoire des éléments propres du rein. C'est à cette théorie que se rallie l'auteur, parce qu'elle ne préjuge ni la nature inflammatoire, ni l'origine épithéliale des altérations rénales de la vieillesse.

La symptomatologie de cette affection est négative, et les symptômes, quand ils existent, appartiennent à la dégénérescence athéromateuse concomitante. Ils consistent, en un mot, dans l'absence de polyurie, d'albuminurie, d'œdème, à moins d'altérations cardiaques. L'hypertrophie du cœur et les hémorrhagies qu'on observe quelquefois dépendent de l'athérome artériel; enfin, les manifestations urémiques n'ont jamais été constatées. Le rein sénile est donc une entité clinique, ayant une marche propre et des lésions très différentes de celles de la maladie de Bright, même quand cette dernière apparaît chez les vieillards. Il y a donc lieu de rapporter à l'athérome cette variété de sclérose qui constitue le rein sénile, et, au contraire, de soumettre à la critique et à de nouvelles observations, l'opinion générale qui fait de la néphrite Brightique une des modalités de l'athérome (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, p. 394, 24 juin 1881.)

Ch. E.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 2 au 8 septembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 938. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 11. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 36. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 35. — Bronchites aiguës, 15. — Pneumonie, 40. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 65 ; au sein et mixte, 32 ; inconnu, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76 ; circulatoire, 65 ; respiratoire, 46 ; digestif, 45 ; génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 3. — Après traumatisme, 10. — Morts violentes, 57. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 36e semaine. — Il y a cette semaine un dégrèvement général de la mortalité, auquel concourent presque toutes les maladies. Une seule catégorie de décès s'est vraiment

aggravée, ce sont les morts violentes; mais les dix-huit décédés ne sont pas des Parisiens; ce n'est pas non plus sur le territoire de la ville de Paris qu'ils ont été frappés : dix-sept d'entre eux sont des victimes de la catastrophe de Charenton, et le dix-huitième a été tué sur la ligne de l'Est. Ces infortunés, non réclamés immédiatement, ont été transportés à la Morgue, et dès lors, en vertu des règlements en usage jusqu'à ce jour, ils ont été inscrits sur les registres de décès du 4e arrondissement. Notre effectif mortuaire de cette semaine n'est donc pas 938 décès, chiffre officiel, mais seulement 920, ce qui, pour plus de deux millions d'habitants que doit contenir aujourd'hui la ville de Paris, ne fournirait sans doute pas une mortalité annuelle de 23 décès par 1,000 habitants, tribut en apparence fort modéré, puisqu'il est à peu près égal à celui de la France entière; mais l'*Annuaire* que nous publierons prochainement démontrera que ce chiffre reste encore élevé à cause de la composition spéciale de la population parisienne, qui compte peu d'enfants et peu de vieillards.

Les maladies épidémiques, dont plusieurs dans la semaine précédente avaient paru de nouveau croissantes, se sont au contraire atténuées en celle-ci; on ne compte plus que 41 décès typhiques au lieu de 74; 11 par Variole au lieu de 19; 36 par Diphthérie au lieu de 44.

Les décès par maladies cérébro-spinales ont plutôt quelque peu augmenté, ainsi que ceux par maladies des voies respiratoires; mais il semble que ce soit là des hausses passagères et de faible importance.

Si, de cette vue d'ensemble, nous descendons à l'étude des localités, nous ne trouvons guère à signaler, comme groupes pouvant attirer l'attention, que 4 décès typhiques dans le quartier des *Grandes-Carrières*, portant sur des adultes, et 3 autres à *La Chapelle*, portant sur des enfants, dont un seul en âge de fréquenter l'école. Ceux des zélés praticiens de Paris (toujours en trop petit nombre) qui veulent bien nous annoncer les cas d'invasion de la semaine, nous signalent 7 cas d'invasion de Fièvre typhoïde dans le seul quartier des *Épinettes*, dont 4 cas dans une même famille (avenue de Saint-Ouen, 33) et nouvellement arrivés à Paris; les 3 autres cas se sont presentés avenue de Clichy, chemin des Épinettes et passage Saint-Ange; il se rencontre ici un voisinage qui semble bien significatif.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

# FORMULAIRE

## Pansement antiseptique des abcès. — J. Lucas-Championnière.

Avant d'ouvrir un abcès, quelle que soit la région qu'il occupe, on lave soigneusement la peau, surtout si elle a été recouverte d'un cataplasme, avec une solution phéniquée forte : (acide phénique cristal., 50 gram.; glycérine, 50 à 75 gram.; eau, 1000 gram.). Le bistouri dont on se sert doit également avoir été trempé dans l'eau phéniquée. On vide l'abcès et on injecte dans sa cavité la solution ci-dessus, en ayant soin que le liquide injecté puisse sortir librement. On introduit dans la plaie un bout de tube de caoutchouc, qui puisse être extrait à l'aide d'un fil, et on le couvre d'un épais gâteau de charpie imprégné de la solution suivante : acide phénique cristal., 25 gram.; glycérine, 25 gram.; eau, 1000 gram. Enfin, par dessus le tout, on dispose une feuille de taffetas gommé, convenablement fixée. — Au bout de vingt-quatre heures, on retire le tube pour le laver et le raccourcir, et on le recouvre d'un autre gâteau de charpie imprégné de la dernière solution phéniquée. — Sous l'influence de ce traitement, la suppuration est amoindrie, la rougeur des plaies est insignifiante, et les cicatrices sont beaucoup moins apparentes. L'auteur le recommande pour les abcès du sein. — N. G.

Concours. — Par arrêté en date du 7 septembre 1881, des concours s'ouvriront, le 11 mars 1882, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, savoir :

1° Pour un emploi de suppléant d'anatomie;

2° Pour un emploi de suppléant de thérapeutique et de matière médicale.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Exposition d'électricité. — La deuxième conférence de M. le docteur d'Arsonval, préparateur au Collège de France, aura lieu le lundi 19 septembre, à 10 heures du matin, dans la salle des Conférences (salle n° 22). Explication et démonstration des appareils d'électrophysiologie.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# PATHOLOGIE

## DE LA DIARRHÉE DE CAUSE PALUSTRE;

Mémoire communiqué à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 février 1881 (1),

Par le docteur P. LARDIER,

Chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (Vosges).

OBS. IV. — *Pleuropneumonie. Diarrhée consécutive due à l'intoxication palustre.*

Au village de Moyemont, je donnais mes soins le 1er décembre 1877, à Mme Forterre, âgé de 60 ans et atteinte de pleuro-pneumonie. Au bout du dixième jour, cette dame, entrant en convalescence, fut prise d'une diarrhée profuse qui, à partir de ce moment, reparut tous les deux jours, recommençant à la même heure (quatre heures du soir) et continuant jusqu'au milieu de la nuit.

Cherchant la cause de cette diarrhée que l'on pouvait croire critique, moins l'intermittence, la malade, intelligente, me mit elle-même sur la voie et m'apprit que trois ans auparavant elle avait éprouvé les mêmes symptômes, des garde-robes diarrhéiques reparaissant tous les deux jours et dont elle avait été guérie très difficilement. Le sulfate de quinine dont, disait-elle, elle avait absorbé des doses énormes, avait fini par détruire la maladie. Je sus aussi qu'il y a environ dix ans elle avait été atteinte de fièvre intermittente à type tierce, dont les accès reparaissaient encore presque toutes les années et dont elle se guérissait elle-même par un changement d'air, en allant passer trois ou quatre semaines chez l'une de ses filles, dans un pays plus salubre. Son premier médecin lui avait donné ce conseil, l'avait guérie de son ancienne fièvre par ce moyen auquel il avait associé le sulfate de quinine. Depuis cette époque, lorsque les premiers malaises apparaissaient, elle quittait son village et cet éloignement avait toujours eu sur sa santé une influence bienfaisante.

Durant ce cas de diarrhée palustre à caractère intermittent nettement dessiné, je voulais sans détour administrer le sulfate de quinine. Mais la malade y opposa un refus formel. Elle ne voulait plus, affirmait-elle, être empoisonnée comme elle l'avait été trois ans auparavant. Le refus était si catégorique que je dus m'incliner. Songeant alors que cette intoxication palustre datait depuis de longues années déjà, je me décidai à employer un fébrifuge qui réussit souvent, surtout lorsque l'intoxication n'est plus de date récente, l'arsenic. Ma malade, susceptible à l'excès au sujet de la forme du médicament, accepta de prendre des granules de Dioscoride. La dose fut, au début, de trois granules avec augmentation d'un tous les quatre jours jusqu'à dix. Descendre la série de la même manière.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 6 et 10 septembre.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Je vous défie... non, n'employons pas cette formule impolie et provocante, et, plus courtoisement, disons à nos lecteurs : Il est plus que probable que vous ne parcourez pas un journal sans y lire un *fait divers* analogue à celui-ci : Un monsieur a été renversé par une voiture au coin du faubourg Montmartre et gravement blessé. Transporté dans une pharmacie voisine, il y a reçu les premiers soins; ou bien : A la suite d'une querelle, un individu a reçu un coup de couteau; les premiers secours lui ont été donnés dans une pharmacie voisine où il avait été transporté. Mais je n'avais jamais lu un fait divers comme celui qu'on pouvait lire dans les journaux d'hier : Une femme, prise des douleurs de l'enfantement, a été portée dans une pharmacie où elle a mis au monde un beau bébé.

C'est vraiment inouï, les services que les pharmaciens rendent à la population parisienne, qui, hélas! ne s'en montre pas toujours reconnaissante. Mais, en réfléchissant à la multiplicité des accidents qui arrivent quotidiennement à Paris et aux habitudes du public d'aller demander les premiers secours au pharmacien le plus proche, on se demande s'il n'y a pas quelque chose à faire, un meilleur parti à tirer de l'empressement généreux et secourable des pharmaciens de Paris, à organiser, enfin, administrativement, ce qui n'est aujourd'hui que spontané et officieux.

Veuillez remarquer que le pharmacien n'est tenu à rien, obligé à rien, qu'il n'est ni mé-

Au bout de huit jours, la diarrhée, qui dès le surlendemain avait déjà diminué, était absolument guérie. La malade n'en continua pas moins son traitement arsenical, et, quelques semaines après, il ne restait plus trace de la pleuro-pneumonie ni de l'affection intermittente. La santé était redevenue normale.

Réflexions. — Outre ce fait, assez curieux, d'une diarrhée palustre rapidement guérie par la médication arsenicale, il est un point, dans cette observation, sur lequel il est utile d'appeler un instant l'attention. Je veux parler de ces manifestations palustres éclatant soudainement sans prodromes, au moment de la défervescence d'une maladie aiguë. Ce fait, je l'ai retrouvé un assez grand nombre de fois et j'en ai recherché les raisons plausibles. Il est certain que, dans notre canton, bien des personnes sont intoxiquées d'une manière latente, qu'elles sont en puissance du miasme palustre, sans que les effets de cette intoxication se traduisent au dehors. Il semble que les forces vitales constitutionnelles soient suffisantes à neutraliser la puissance d'action du miasme, à mesure qu'il essaie de se manifester. Survienne une affection locale ou générale, dont le résultat soit un affaiblissement de l'organisation, telle une hémorrhagie abondante, une affection aiguë amenant à sa suite une spoliation de l'organisme, alors l'infection latente jusqu'à ce moment-là, n'ayant plus à résister à des forces supérieures à la sienne, se dévoilera par des manifestations diverses.

Il semble que l'on retrouve ici la lutte pour l'existence, lutte de deux principes, dont l'un s'efforce, efforts de tous les instants, instinctivement, de sortir vainqueur. Dans ces empoisonnements légers, de chaque jour, les forces organiques suffisent, à mon sens, à l'élimination du miasme, à mesure qu'il en imprègne l'organisme. L'imprégnation est lente, peu intense, et l'élimination, proportionnelle au degré d'intoxication, permet en quelque sorte au miasme de passer inaperçu. Mais, comme je l'ai dit plus haut, lorsqu'arrive une spoliation subite de l'organisme, l'équilibre est rompu et alors l'action du miasme palustre devient relativement supérieure à celle des forces organiques. J'essaierai de mieux me faire comprendre par un exemple.

Tel fumeur qui quotidiennement absorbera une quantité plus ou moins considérable de nicotine, sans en être incommodé, par le fait de l'accoutumance, sera très vivement impressionné par une dose infiniment plus faible, s'il a suspendu pendant quelque temps l'usage du tabac, ou si, à la suite d'une affection grave, ses forces ont été affaiblies. Ce fait est d'observation journalière.

---

decin, ni chirurgien, et qu'il peut manquer, sans encourir aucun blâme, des connaissances nécessaires à faire un premier pansement, à porter un premier secours.

Bien plus, il n'a le droit légal d'exercice ni de la médecine ni de la chirurgie. Assurément, de même qu'aucun pharmacien ne se rencontrerait qui, dans un cas urgent, voudrait s'abriter derrière son incapacité légale pour refuser ses services, on ne trouverait non plus aucun tribunal pour condamner un pharmacien accusé d'exercice illégal dans les circonstances dont il est ici question.

Que faudrait-il donc faire pour ne pas priver le public de ses habitudes et pour donner au pharmacien une sorte de sanction légale de ses bienfaisants services? Ce petit point se rattache à la grande question de l'Assistance publique dans les villes comme dans les campagnes, question qui préoccupe si légitimement les véritables sociologistes.

Ainsi, n'est-il pas question de créer à Paris de petits hôpitaux, autant que d'arrondissements, je crois, idée que je trouve bien malheureuse, et que mon vieil ami de Pietra-Santa combat avec talent et vigueur dans son *Journal d'hygiène?*

Est-ce que je serais partisan de ces vastes hôpitaux, de ces monuments élevés à la douleur, de ces Versailles de la misère, selon l'énergique expression de Malgaigne? Non, assurément. D'abord, si j'avais voix au chapitre, je pousserais, autant que possible, vers l'extension du secours à domicile qui, bien organisé, est pour moi l'idéal de l'Assistance publique. Mais, comme avec la réalisation de cet idéal il faudra toujours des hôpitaux, je voterais pour le système des Américains, c'est-à-dire pour le baraquement, vous savez, des baraques établies dans les banlieues des grandes villes et brûlées après trois ou quatre ans de service, ou plus tôt même dans les cas d'épidémie, avec isolement, bien entendu, des malades atteints d'affections contagieuses.

Obs. V. — *Diarrhée palustre.*

Jacquemin, perruquier, 36 ans, demeurant à Rambervillers, rue du Neuf-Octobre, sur les bords du ruisseau Monseigneur, qui est un foyer palustre, a été, à plusieurs reprises déjà, soigné par moi pour des accidents de fièvre intermittente quotidienne très nettement accusée.

Le 17 juillet 1878, les symptômes de l'intoxication palustre ont revêtu une autre forme. Ils se traduisent par une diarrhée intermittente à périodes fixes, commençant vers quatre heures et se terminant vers dix heures du soir. En présence des signes d'impaludisme précis, instruit déjà par des observations précédentes, j'institue d'emblée le traitement spécifique, à la dose de 0 gr. 75 c. de sulfate de quinine par jour, et en moins de trois jours la guérison est obtenue.

Obs. VI. — *Diarrhée intermittente.*

La jeune Michel (Fanny), âgée de 9 ans, demeurant, comme le malade qui fait le sujet de l'observation précédente, sur les bords du ruisseau Monseigneur, a, chaque année depuis trois ou quatre ans, été atteinte d'accidents intermittents. Le 2 mars 1878, je suis appelé à constater des phénomènes assez singuliers. Chaque soir, vers neuf heures, cette petite fille, forte, bien développée, gaie pendant toute la journée, grince des dents d'une façon extraordinaire. En même temps, elle est prise de céphalalgie sus-orbitaire intense et d'une chaleur mordicante envahissant tout le corps et empêchant sa mère de rester à côté d'elle. En soulevant les draps, l'enfant fume littéralement. Ces divers accidents cessent en général vers deux heures du matin. Le sulfate de quinine est administré à la dose quotidienne de 0,40 centigrammes, et, au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Là ne se termine pas l'observation.

La même enfant, dont la santé n'a rien laissé à désirer pendant trois mois, est prise quelques jours avant le 26 juin, quand je vois la petite malade, de diarrhée intermittente, offrant ce caractère qu'elle cesse pendant la nuit, reparaît au jour et est assez intense pour produire chez l'enfant 15 selles dans une matinée. J'institue comme précédemment un traitement antipériodique au sulfate de quinine.

Le résultat a été des plus heureux, car, au bout de peu de jours, je reçois de la mère l'affirmation que tous les symptômes se sont amendés.

Obs. VII. — *Fièvre intermittente larvée. Diarrhée.*

10 février 1878. M[me] Tisserand, 47 ans, de constitution débile, habite à Blanchifontaine un logement dominant l'étang de l'usine. Elle a eu déjà à diverses reprises des névralgies faciales et sus-orbitaires. Depuis le 7 février, cette malade éprouve chaque jour, à partir d'une heure du matin, des envies de vomir accompagnées de vertige et de maux de tête, siégeant surtout à la région frontale. Puis survient une diarrhée profuse, car elle se présente sept à huit fois

---

Mais tout cela ne me ramène pas à mon point de départ, et je voudrais bien y revenir. Il me semble qu'il ne serait pas bien difficile de trouver un moyen d'exonérer la généralité des pharmaciens des charges qui leur incombent aujourd'hui, tout en laissant au public l'habitude de recourir au pharmacien dans les cas d'accidents. Pourquoi ne désignerait-on pas, dans chaque arrondissement, dans chaque quartier de Paris, si l'on veut, une pharmacie où se trouveraient toutes les ressources nécessaires pour subvenir aux premiers besoins? Pour les ressources matérielles, linges, instruments, appareils et, à plus forte raison, médicaments, rien de plus facile. Mais qui appliquera ces moyens? On ne peut raisonnablement l'exiger ni du pharmacien, ni de ses élèves. C'est ici que je voudrais voir intervenir l'Assistance publique, et cela sous la forme la plus digne et la plus économique à la fois. Il s'agirait simplement d'attacher à chaque pharmacie, désignée comme chargée de secourir les accidents, un élève interne nommé au concours, et qui trouverait, dans la pharmacie où il serait attaché, le vivre, le couvert et une petite rémunération.

Vous allez me dire : « C'est autant de petits et de nouveaux bureaux de secours que vous voulez instituer. » — Je vous réponds : « Sans doute. » — « Mais, répliquez-vous, chaque arrondissement, ou à peu près, n'a-t-il pas déjà son bureau de secours? » — « Je ne dis pas le contraire, mais personne n'y va dans ces bureaux de secours, dans ces cas d'accidents si nombreux qui ont la rue pour théâtre. » — Je ne quitte pas mon terrain, c'est la rue, la rue seule que j'ai en vue; c'est ce malheureux pharmacien, aussi victime que la victime même de l'accident, qui voit son officine tout à coup envahie par une foule qu'il est souvent prudent de surveiller, alors qu'il faut porter les premiers secours au blessé qu'on lui apporte.

Après tout, savez-vous, comme on dit en Belgique, je prie l'honorable corporation des pharmaciens de ne voir en tout cela qu'une bonne intention. Je peux me tromper, il est probable

à la garde-robe dans l'espace de deux heures. Les matières rendues sont glaireuses, noirâtres, quelquefois accompagnées d'un peu de sang. Vers le matin, l'amélioration est très appréciable. L'appétit est nul.

A mon examen, je trouve un point névralgique apophysaire dorsal très net, du gonflement du foie, enfin une douleur très vive à la percussion de la rate, qui elle aussi est augmentée de volume. Le traitement consiste en des prises de sulfate de quinine (0,75 centigrammes par jour) et en une potion à l'extrait de quinquina.

Au bout de trois jours, la malade va beaucoup mieux; elle demande à manger et à se lever. Les douleurs d'estomac ont disparu ainsi que la diarrhée.

Obs. VIII. — *Fièvre intermittente. Accidents diarrhéiques et hémorrhagiques.*

Au village de Saint-Gorgon, un jeune homme de 20 ans, Victor Drapier, m'offre, le 10 mars 1878, un bel exemple de diarrhée palustre avec hémorrhagies intestinales.

Ce jeune homme travaille à l'usine de Blanchifontaine, et, pour se rendre à son travail, matin et soir, il côtoie, sur une distance de 2 à 3 kilomètres, les bords de l'Arentelle qui, à cet endroit, est très marécageuse. C'est au moment où les effluves palustres ont le plus d'intensité qu'il y est exposé. Quand je le vois, le teint est semi-cachectique, le pouls à 110, la peau en moiteur. Il se plaint de névralgies très vives, siégeant surtout à la région sus-orbitaire gauche et s'accompagnant de douleurs qui s'exaspèrent vers cinq heures du matin. Le foie, la rate, sont augmentés de volume et douloureux à une pression légère. Enfin le malade m'accuse que, depuis deux jours, il a une diarrhée incoercible. Il va continuellement à la garde-robe, douze, quinze fois dans une matinée. Les selles sont sanguinolentes. Le diagnostic est des plus simples à poser. Je ne songe pas un instant à l'idée d'une dysenterie. J'institue incontinent le traitement antipériodique au sulfate de quinine (0,75 centigrammes, comme dose quotidienne), et j'apprends que le 12 mars notre malade est en pleine voie de convalescence.

Deux faits m'ont prouvé que, dans ce cas, c'était bien une intoxication palustre que j'avais sous les yeux : d'abord la guérison rapide obtenue au moyen du sulfate de quinine, puis les accidents ultérieurs, que je rapporterai très brièvement. En effet ce jeune homme, complètement guéri des accidents qui m'avaient amené chez lui le 10 mars, fut pris le 11 avril, après les premières chaudes journées du printemps, de fièvre intermittente à accès quotidiens, classiques, débutant à une heure après midi pour se terminer à six heures du soir, au milieu d'une transpiration abondante.

Obs. IX. — *Fièvre paludéenne larvée. Hémorrhagie intestinale.*

Au mois de mai 1876, je fus appelé en consultation par M. le docteur C... auprès d'un malade de Saint-Benoît, auquel mon confrère donnait ses soins depuis quelques jours déjà.

---

même que je me trompe sur les voies et moyens à employer, mais il m'est si souvent arrivé d'assister au spectacle de l'envahissement subit d'une pharmacie au moment d'un accident, que j'ai sincèrement plaint ceux qui le subissaient avec courage, résignation et charité, en me demandant s'il n'y aurait pas quelque chose à faire pour ne priver aucun blessé des premiers soins, et pour ne pas rendre le pharmacien victime de son dévouement et de sa bienfaisance.

*
* *

Ah! les concierges! Fléau des locataires et surtout des locataires médecins! Voici qui pourra faire baisser le caquet de MM. et Mmes du Cordon :

La 5e chambre du Tribunal civil de la Seine vient de rendre un arrêt qui intéresse tous les concierges, les propriétaires et les locataires, principalement les locataires médecins.

Aux termes de cette décision, le locataire peut exiger que le concierge ne le trouble pas dans l'exercice de sa profession ; en outre, en cas de préjudice, le propriétaire est responsable des faits et gestes de son concierge.

M. Crestey est médecin, il habite une maison appartenant à Mme Houssoit, dont les époux Horliac sont concierges.

M. Crestey se plaint : 1° que les concierges ne lui remettent que tardivement les lettres qui lui sont adressées; 2° qu'ils répondent faussement qu'il est sorti et qu'il ne rentrera que plus tard aux personnes qui viennent le demander.

Voici les principaux considérants de cet arrêt, qui ne fait d'ailleurs que confirmer une jurisprudence parfaitement établie :

« Considérant qu'il résulte de l'enquête à laquelle il a été procédé que les époux Horliac,

Chemin faisant, il me raconta qu'il croyait à un cas de cirrhose aiguë. Il y avait, me disait-il, du gonflement du foie, divers autres symptômes, enfin ce qui l'inquiétait le plus ainsi que la famille du malade, des selles hémorrhagiques qui devenaient de plus en plus abondantes, et que les hémostatiques, usités en pareil cas, étaient impuissants à faire cesser. Toute idée de dysenterie devait être écartée.

A l'examen du malade, tous les symptômes notés par mon confrère étaient d'une exactitude parfaite, et j'étais sur le point de confirmer le diagnostic précédemment porté, d'autant plus que M. Brionval, âgé de 55 ans, gendarme en retraite, avait quelques antécédents alcooliques, lorsqu'après un examen plus minutieux encore, après avoir bien constaté l'augmentation de volume du foie, je songeai à me rendre compte des changements de dimension de la rate. Je la trouvai peu augmentée de volume, mais douloureuse à la pression. Mon esprit fut mis en éveil et je recherchai l'intoxication palustre. Il n'y avait évidemment pas d'accès périodiques bien définis, avec les trois stades règlementaires, mais j'appris que tous les matins vers six heures, outre un frissonnement le long de la colonne vertébrale, il existait un malaise plus considérable, et que vers midi les symptômes s'amendaient. Ces symptômes, cependant, étaient assez peu accusés pour que mon confrère ne voulût pas, sans esprit de parti j'aime à le croire, se rendre immédiatement à mon opinion. Je lui fis comprendre cependant que l'habitation de notre malade était voisine d'un bas-fond marécageux, que plusieurs habitants du même finage avaient eu des accès périodiques, enfin que l'impaludisme pouvait nous expliquer cette congestion des viscères abdominaux, ayant dans l'espèce, comme conséquence, des selles hémorrhagiques.

Nous tentâmes donc, d'un commun accord, un traitement anti-périodique, et mon confrère insista pour l'administration de préparations arsenicales.

Cependant son attention au sujet de la périodicité de la maladie était éveillée. Quelques jours après, il fut à même de se rendre compte d'une intermittence bien manifeste, et, dès ce jour, donna, dans sa médication, la préférence au sulfate de quinine.

A partir de ce moment, l'amélioration fit de rapides progrès, et les accidents qui mettaient en danger la vie du malade cessèrent comme par enchantement, grâce à l'action du sel quinique. La guérison totale ne se fit pas attendre, et, depuis, elle ne s'est pas démentie.

Quelques-unes de ces observations sont des plus concluantes. Il en ressort un fait indiscutable, c'est que, dans notre canton, la diarrhée de cause palustre doit être admise, et que quelquefois le médecin n'obtiendra la guérison de diarrhées rebelles que par la médication quinique. Je suis heureux d'avoir pu signaler, et, j'ose l'espérer, d'avoir prouvé ce fait encore assez peu connu.

Dans les pays à température assez élevée et à effluves palustres intenses, je m'explique volontiers que la diarrhée de cause miasmatique soit assez rare. En effet,

---

concierges de la maison où Crestey occupe un appartement comme locataire, et qui appartient aux époux Houssoit, ont systématiquement employé des moyens vexatoires pour lui nuire et l'entraver dans l'exercice de sa profession de médecin, soit en lui remettant tardivement les lettres de ceux de ses clients qui l'appelaient près d'eux, soit en faisant des réponses évasives ou inexactes à ceux qui se présentaient en personne à son domicile ;

Qu'il a été constaté que des dépêches officielles émanant de l'administration publique à laquelle il est attaché, ont été indûment conservées par les époux Horliac pendant plusieurs jours;

Que ces faits se sont fréquemment reproduits, et qu'indépendamment du préjudice causé à Crestey, ils sont de nature à lui imposer des craintes légitimes pour l'avenir;

Qu'il n'apparaît pas, en effet, que les époux Houssoit aient pris des mesures propres à prévenir le retour de ces abus; que le locataire a incontestablement le droit d'exiger que les concierges préposés par le propriétaire à la garde de sa maison ne troublent pas celui-ci dans l'exercice de sa profession, alors surtout qu'ils ont été pleinement informés de la nature de cette profession et des inconvénients qu'elle peut entraîner;

Que les époux Houssoit ont commis la double faute de ne pas astreindre leurs concierges à l'accomplissement de leur service, et surtout de ne pas mettre fin aux actes qui ont motivé les plaintes de Crestey;

Qu'en présence de la gravité de ces actes et de la résistance passive des époux Houssoit, il y a lieu d'ordonner que, dans le délai et à peine des dommages-intérêts qui seront déterminés par le dispositif du présent arrêt, ils seront tenus d'expulser les époux Horliac de leur maison;

La Cour dit et ordonne que, dans un délai de huitaine, à partir de la signification du pré-

l'intensité de l'intoxication, au lieu de revêtir des formes bâtardes, se dévoilera par des manifestations éclatantes; la fièvre sera franchement tierce, quotidienne ou quarte, ou bien elle trouvera sa place dans l'une des catégories assignées par les auteurs qui ont le mieux étudié l'impaludisme.

Il n'en est plus de même dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer. Ici les fièvres affectent plus volontiers les formes larvées, j'ai dit pour quelles raisons, et il est indispensable que le médecin traitant ait une connaissance parfaite des lieux, des eaux, des terrains et des influences atmosphériques, ce qui ne s'obtient que par l'habitude et l'expérience, pour se rendre un compte exact de la nature des affections, et pour pouvoir avec sûreté établir, dès le début, une thérapeutique spécifique, héroïque, qui, à des médecins étrangers au pays et ne connaissant qu'imparfaitement notre constitution médicale, pourrait, à première vue, paraître irrationnelle.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*De l'examen extérieur de la muqueuse rectale à l'aide du retournement*, par le docteur S. Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité de Paris. — Le toucher rectal et l'écartement des plis rayonnés de l'anus ne suffisent pas toujours pour reconnaître l'état de la muqueuse rectale, et, en tout cas, ne peuvent remplacer les investigations de la vue. De là, le procédé d'exploration de Chassaignac au moyen de la vessie de caoutchouc introduite dans l'anus; mais ce moyen n'a pu entrer dans la pratique, sans doute parce qu'il exige un instrument spécial qui n'est pas toujours à la portée de la main.

Le procédé du *retournement* de la muqueuse anale remplace l'instrument de Chassaignac; mais il a l'inconvénient de n'être applicable que chez la femme. Le doigt indicateur de la main droite, dont l'ongle sera très court, est introduit dans le vagin et recourbé en crochet. La pulpe de la phalange unguéale appuie alors sur la cloison recto-vaginale, « en poussant lentement, progressivement et de haut en bas, de manière à déprimer fortement la cloison recto-vaginale comme pour la faire sortir par l'anus ». Le doigt franchit alors l'anus et apparaît au dehors coiffé par la muqueuse rectale. On peut alors explorer celle-ci; reconnaître des fissures, des hémorrhoïdes et pratiquer des pansements. Ce procédé est facile à employer après la grossesse et chez les femmes mères depuis longtemps. La douleur est faible; mais, en tout cas, avec l'aide de la chloroformation, on pourrait mettre en usage ce procédé chez les

---

sent arrêt, les époux Houssoit seront tenus d'expulser de leur maison les concierges époux Horliac, et faute par eux de le faire dans ledit délai, et celui passé, les condamne dès à présent à payer à Crestey la somme de 30 francs par jour, pendant quinze jours, après quoi il sera fait droit. »

***

Les gourmets l'ont échappé belle ! dit la *Liberté*.

Dans nos départements du Midi, où l'on élève spécialement les oies et où l'on confectionne si bien les pâtés de foie gras, les malheureux volatiles périssent depuis quelque temps.

Plus d'oisons, partant plus de foies ! !

Vous voyez le désespoir des amateurs du pâté savoureux !

L'Académie des sciences tout entière a frémi, quand M. de Quatrefages a communiqué la lettre de M. Caraven-Cachin, annonçant le fléau qui détruisait les vieux défenseurs du Capitole.

Heureusement la missive qui apportait le deuil dans tous les palais découvrait la source du mal et promettait le remède.

Il paraît que les oies sont très friandes d'une plante appelée l'helminthie vipérine, et l'autopsie a démontré que souvent les feuilles rugueuses de cette plante s'arrêtent dans l'œsophage, y déterminent des tumeurs et finissent par entraîner l'asphyxie de l'animal.

Le remède, c'est d'arracher la plante perfide ou de surveiller la gourmandise trop confiante des oies.

Nous serions injuste de ne pas bénir la perspicacité de M. Caraven-Cachin, qui nous permet de prédire avec joie qu'il y aura encore de beaux jours pour les friands du fameux pâté.

***

femmes, quand même la résistance serait grande, à cause de la fermeté ou de l'épaisseur des tissus. (*Annales de gynécologie*, t. XV, p. 321, mai 1881.) — Ch. E.

*Sur un point de l'action de la digitaline sur le rhythme du cœur*, par M. Kaufmann. — Une série d'expériences a été faite sur des chiens dans le but de constater l'action de la digitaline sur les nerfs modérateurs du cœur pendant la période d'accélération du pouls. On enregistrait la respiration, la forme du pouls et la tension artérielle, avant et après l'injection intraveineuse de digitaline. Enfin, les nerfs pneumogastriques, après leur section, étaient excités au moyen de courants induits très faibles. L'auteur a pu constater les résultats suivants :

1° Sous l'influence de l'accélération produite par la digitaline, l'excitabilité des fibres modératrices continue de diminuer, et des courants de plus en plus forts sont sans influence sur les mouvements cardiaques. Quand l'excitabilité devient nulle, l'accélération est à son maximum. L'action paralysante de la digitaline est donc localisée sur les extrémités périphériques des nerfs modérateurs du cœur.

2° A mesure que la digitaline s'élimine, la paralysie périphérique des fibres modératrices diminue. Elle disparaît même par le repos de l'animal pendant quelques heures.

3° La digitaline paralyse donc les fibres modératrices, et c'est pour ce motif que l'excitation des extrémités périphériques ne produit plus de ralentissement des battements cardiaques après l'injection intra-veineuse de cette substance.

4° A faibles doses, la paralysie est incomplète, et la période d'accélération se montre tardivement. Les phénomènes sont inverses par l'emploi de fortes doses. On peut donc, suivant les doses, faire varier la durée des périodes d'accélération et de ralentissement.

Par conséquent, ces expériences confirment, au point de vue physiologique, l'hypothèse d'Akermann, qui supposait, sans démonstration toutefois, que la digitaline agit sur les extrémités périphériques des nerfs modérateurs; elles établissent, au point de vue thérapeutique, la nécessité d'employer de faibles doses pour ralentir les battements du cœur sans produire une accélération consécutive intense. (*Lyon méd.*, 15 mai 1881, t. XXVII, p. 73.) — Ch. É.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente un mémoire de M. G. Delaunay sur l'influence de la nutrition sur l'empoisonnement par la strychnine.

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie les résultats d'expériences que j'ai faites au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, avec le concours de M. Wiet,

---

Que ne peut-on démontrer à l'aide de la statistique ? Voyez, par exemple, ce qui nous vient d'Amérique.

Quelques chiffres curieux établis par le dernier congrès des dentistes américains, qui s'est récemment tenu à New-York.

Le nombre des dentistes, aux États-Unis, est d'environ 12,000. Dans le courant de la dernière année, ils ont posé *trois millions* de dents artificielles. Seul, le plombage de dents consomme pour 500,000 dollars d'or par an, et pour 100,000 dollars d'argent et de platine.

Attendu que les Américains ont la coutume d'ensevelir les morts avec leurs mâchoires artificielles et leurs dents plombées, il a été calculé que l'on enterre annuellement pour environ un demi-million de dollars d'or pur dans tous les cimetières des États-Unis.

Avis aux chercheurs d'or des générations futures.

Mais n'est-ce pas le cas de rappeler le vieux proverbe : « Menteur comme un dentiste ».

***

Finissons par quelque chose de plus gai, quoiqu'il s'agisse d'épitaphe.

Une épitaphe adorable cueillie dans le cimetière Montmartre :

CI-JIT NATHALIE PIGEONNIER

O ma sœur !

*Console-toi, j'ai épousé ton mari qui me rend bien heureuse, va !*

Nous viendrons souvent pleurer sur ta tombe avec Mme Duchemin.

Après celle-là, on peut tirer l'échelle.

Dr Simplice.

relativement à l'influence exercée par la plus ou moins grande intensité des phénomènes nutritifs sur l'empoisonnement par la strychnine.

*Constitution.* — Si l'on injecte la même dose de strychnine à deux grenouilles dont l'une est grosse et vigoureuse, l'autre petite et faible, on voit que les phénomènes de l'empoisonnement sont beaucoup plus rapides et souvent plus intenses chez la première que chez la seconde. En cas de guérison, la plus forte revient à la santé avant la plus faible.

*Côté.* — Les grenouilles sont généralement droitières. Chez une grenouille empoisonnée par la strychnine, le côté droit, qui est le plus développé, est le premier et le plus gravement intoxiqué. Si l'on applique sur les deux membres postérieurs de l'animal un décimètre tombant du côté droit, on voit ce décimètre se relever peu à peu sous l'influence des convulsions plus fortes à droite et tomber définitivement du côté gauche. Si l'on place la grenouille empoisonnée sur le dos, on voit, à chaque accès de strychnisme, le membre antérieur droit s'élever plus haut et retomber plus tôt que l'autre, ce qui prouve que les convulsions sont plus énergiques, mais durent moins longtemps à droite qu'à gauche. Enfin le côté droit revient à l'état normal avant le gauche.

*Alimentation.* — Une grenouille qui a toujours été bien nourrie est plus sensible à l'action du poison qu'une grenouille anémique qui a jeûné pendant plusieurs semaines.

*Exercice musculaire.* — Si l'on injecte la même dose de strychnine à deux grenouilles de même grosseur dont l'une a marché et sauté pendant une demi-heure, on voit que cette dernière est plus tôt et plus gravement empoisonnée que l'autre.

Cette expérience permet d'expliquer pourquoi un chien qui ne paraît pas incommodé par une piqûre de vipère, quand il est au repos, tombe comme foudroyé quand il est piqué après une journée de chasse.

Ce qui s'applique à l'organisme entier est applicable à une partie de l'organisme.

Quand on empoisonne une grenouille dont le membre postérieur gauche a été électrisé pendant vingt minutes, on voit que ce membre, qui est d'ailleurs congestionné, est pris de convulsions un quart d'heure avant l'autre. Ce n'est qu'une demi-heure après l'injection que l'empoisonnement devient égal des deux côtés.

Cette expérience permet d'expliquer un grand nombre de faits pathologiques, tels que la paralysie saturnine des extenseurs qu'on observe chez les individus qui travaillent surtout des extenseurs, comme les peintres en bâtiment par exemple; les accidents cérébraux qui frappent les élèves de nos écoles spéciales, atteints de fièvre typhoïde; certaines manifestations de la syphilis, comme l'iritis syphilitique observé chez les individus qui lisent beaucoup; les accidents du côté du larynx qui se produisent chez les chanteurs, etc.

Mais cette influence de l'électrisation s'exerce entre des limites *minima* et *maxima*. En effet, si l'on fait passer le courant pendant cinq minutes seulement, on n'obtient rien et il en est de même si le courant passe pendant une heure. Le fonctionnement organique n'agit qu'autant qu'il est suivi de réparation et qu'il n'est pas poussé jusqu'à l'épuisement.

Quand le fonctionnement est postérieur au lieu d'être antérieur à l'injection, il agit de la même façon. En effet, si, après avoir empoisonné également deux grenouilles, on en fait marcher et sauter une, on voit qu'elle est prise de convulsions bien avant l'autre.

*Position.* — Relativement à la position occupée par l'animal, si l'on donne la même dose de poison à deux grenouilles dont l'une est suspendue par la tête et l'autre par les pieds, on voit les convulsions affecter la grenouille qui a la tête en bas vingt minutes avant l'autre et avec une intensité beaucoup plus grande.

Je suis porté à croire que la position horizontale peut être une cause de mort pour les individus gravement empoisonnés et je me demande s'il ne serait pas bon de les maintenir dans une position verticale, la tête en haut et les pieds en bas, en les plaçant dans des appareils spéciaux.

*Hémorrhagie.* — Si l'on donne la même dose de strychnine à deux grenouilles dont l'une a été préalablement affaiblie par une saignée, on voit que cette dernière est moins rapidement et moins gravement empoisonnée que la grenouille indemne.

Au point de vue thérapeutique, si, après avoir empoisonné également deux grenouilles, on en saigne une, on la voit revenir à l'état normal, à mesure qu'elle perd du sang.

On sait, par les recherches de M. Ch. Richet, que la strychnine à haute dose tue sans donner de convulsions. Si l'on saigne une grenouille ainsi empoisonnée, on voit se produire chez elle les convulsions toniques qui caractérisent le premier degré de l'empoisonnement. En affaiblissant l'animal, on a donc diminué l'empoisonnement, qu'on a fait passer du second degré au premier.

*Congestion.* — Si l'on provoque une congestion dans une patte de grenouille, en la brûlant avec de l'acide nitrique ou en plantant des épingles à demeure dans la face palmaire, on voit

que cette patte est prise de convulsions avant l'autre, et que les convulsions sont plus violentes dans la patte congestionnée. »

M. Vulpian communique une note de M. D. Brunet, sur la tuberculose expérimentale.

« Les expériences de M. Toussaint sur l'inoculation de la tuberculose ne me paraissent pas suffisamment probantes.

J'ai constaté, comme d'autres expérimentateurs, que l'inoculation des matières étrangères, autres que le tubercule, dans le tissu sous-cutané du lapin, détermine très souvent des tubercules dans le poumon de cet animal.

J'ai inoculé, sur dix-neuf jeunes lapins, sept fois du cancer, six fois du pus simple et six fois de la matière tuberculeuse.

Quatorze de ces lapins sont devenus tuberculeux; six avaient été inoculés avec le cancer, trois avec le pus, cinq avec la matière tuberculeuse.

Les cinq autres lapins ont guéri.

Ces inoculations ont été pratiquées en 1869, à l'asile de Dijon, dont j'étais alors le directeur-médecin.

L'inoculation du cancer produirait donc la tuberculose aussi souvent que celle du tubercule lui-même, ce qui tendrait à faire croire que la matière inoculée n'exerce pas une influence spécifique, et agit surtout comme corps étranger, en déterminant une inflammation ambiante à laquelle me paraît due la tuberculose.

Le pus, étant plus facile à résorber que des matières solides, produit une inflammation moins grande, et par suite, moins souvent la tuberculose. »

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 avril 1881. — Présidence de M. CHARRIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine.

Le *Bulletin* de la Société française de tempérance, n° 1, t. II, 2e série (1881).

Le rapport au Comité consultatif d'hygiène publique de France, sur la conservation des substances alimentaires par l'acide salicylique, présenté par M. DUBRISAY.

Un mémoire contradictoire sur l'emploi de l'acide salicylique pour la conservation des denrées alimentaires: avantages; innocuité; avis du Corps médical; protestation du commerce et de l'industrie contre son interdiction; conclusions.

*Revue des travaux scientifiques* (mars 1881), envoyée par le ministre de l'instruction publique.

M. CYR fait hommage à la Société de la nouvelle édition d'un ouvrage intitulé : *Impressions et aventures d'un diabétique à travers la médecine et les médecins*. La première édition ne portait pas le nom de l'auteur.

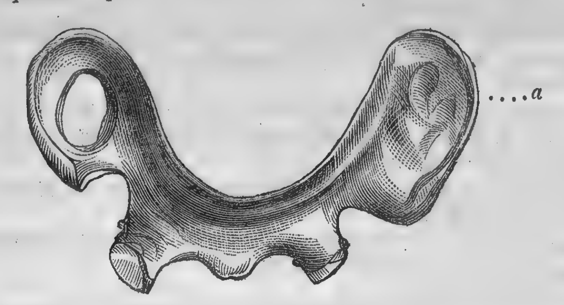
---

M. PERRIN présente *une pièce dentaire spontanément engagée dans l'œsophage pendant le sommeil, chez un sujet âgé de 40 ans.*

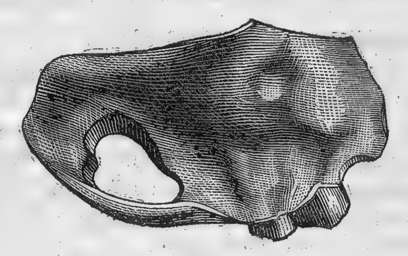
La pièce dentaire dont nous avons l'honneur de présenter le moule en plâtre à la Société, exécuté par le malade lui-même, qui est un sculpteur habile, appartient à un système de prothèse dentaire dit *à succion* dans lequel les ressorts et les crochets sont invariablement mis de côté. Dans ce système, l'appareil tient par l'adhérence unique de la pièce, aidée de la pression atmosphérique, conditions trop souvent insuffisantes dans certains cas, faciles d'ailleurs à prévoir.

Le malade, qui couchait habituellement avec son râtelier composé de deux pièces isolées, l'une pour la mâchoire supérieure, l'autre pour la mâchoire inférieure, fut tout à coup réveillé, vers quatre heures du matin, par un sentiment inexprimable de suffocation qui l'obligea à se lever brusquement sur son séant, en criant à sa femme, auprès de laquelle il était couché : « *J'étouffe! j'étouffe!* — Vite! vite! un verre d'eau! » C'est seulement en avalant une gorgée de liquide qu'il s'aperçut que le dentier supérieur avait quitté la mâchoire correspondante, et avait pénétré dans l'œsophage, où, au moment de notre arrivée, nous le trouvâmes profondément engagé. Le doigt introduit dans l'entonnoir pharyngien jusqu'à l'entrée de l'œsophage nous permit de constater la présence du corps étranger, qui se présentait suivant une surface lisse et arrondie. A défaut d'une pince convenable, nous cherchâmes, à l'aide d'une anse de fil métallique courbée sur le plat à son extrémité, et introduite entre la paroi de l'œsophage et le corps étranger, à ramener vers la bouche ce corps étranger, mais inutilement. Nous nous décidâmes alors à diriger d'*urgence* le malade sur l'hôpital Saint-Louis, où, après de nom-

breuses et laborieuses tentatives, on finit, au moyen d'une longue pince recourbée, à saisir la pièce dentaire, sur laquelle on peut voir la trace que l'instrument y a laissée (*a*, fig. 1).




M. de Beauvais : Il y a deux ans, une femme d'une quarantaine d'années vint me consulter à mon cabinet, en me disant qu'elle avait avalé, en mangeant de la salade de chicorée, la moitié d'un dentier de caoutchouc. Elle ne s'en était aperçue qu'en retrouvant dans la bouche le reste du dentier brisé et détaché de la mâchoire supérieure. La partie du dentier ingéré, de forme parabolique (fig. 2), mesurait 4 centimètres 1/2 de longueur sur 2 1/2 de largueur, et était garni de trois dents artificielles. Cette femme ne souffrait nullement, mais elle était très effrayée des conséquences de cette ingestion. Je l'engageai à prendre des boissons mucilagineuses, de l'huile de ricin et quelques lavements émollients. Au bout de quelques jours, le dentier, qui avait franchi tout d'abord, sans difficulté, le pharynx, l'œsophage, puis le pylore, la valvule iléo-cœcale, était évacué dans une garde-robe. Je vous ai présenté, il y a 2 ans, cette pièce et son complément que je conserve. (Fig. 2.)



Je profite de la communication si intéressante de notre affectionné collègue, M. Perrin, pour vous signaler tout particulièrement les dangers réels que présentent surtout les dentiers *à succion*, pendant la chloroformisation. Le malade souvent n'avoue pas leur existence au médecin, et pendant le sommeil chloroformique, voire même dans les crises d'hystérie, d'épilepsie, dans les syncopes, ces dentiers venant à se détacher spontanément des gencives, peuvent être avalés à l'insu du patient et du chirurgien, et causer une asphyxie redoutable, même la mort.

M. Reliquet : Cet accident, qui est arrivé pendant le sommeil naturel, s'est produit aussi, en effet, pendant le sommeil chloroformique. Pour ma part, je l'ai vu survenir chez un confrère que j'allais opérer, et qui, par coquetterie, voulait cacher qu'il portait un râtelier. Ce dentier se détacha pendant qu'on donnait le chloroforme, mais il put être facilement retiré. Il importe donc d'inspecter les dents et de s'assurer qu'aucune pièce de ce genre ne peut tomber dans le pharyux.

M. Thorens raconte qu'il fut appelé auprès d'un petit enfant qui avait avalé une dragée. On fit d'inutiles tentatives pour enlever la dragée avec les doigts. Il y avait déjà de l'emphysème du cou et l'enfant suffoquait. M. Thorens pratiqua la respiration artificielle, et les accès de suffocation s'étant calmés, on donna un vomitif qui fit évacuer l'amande de la dragée; mais l'enfant fut pris d'une diarrée qui l'emporta en cinq heures. L'emphysème était dû, sans doute, à une déchirure de l'œsophage.

—

M. Marchal lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un mémoire intitulé : *De la grossesse cervicale.* (Sera publié.)

Une commission composée de MM. Duroziez, de Beauvais et Thevenot, rapporteur, est chargée d'examiner les titres du candidat.

—

M. Rougon fait la communication suivante au nom du Conseil d'administration :

Messieurs, le Conseil d'administration de votre Société, dans sa séance du 9 avril dernier, a été saisi par votre secrétaire-archiviste de l'intérêt qu'il y avait à reconstituer les archives, et à combler certaines lacunes de votre bibliothèque. Les publications de la Société ont paru soit en Bulletins, soit dans des journaux chargés de leur insertion. Tous ces imprimés existent, excepté la série de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, comprenant dix années (de 1855 à 1865 inclus).

Cette collection devient de plus en plus rare, et le Conseil, reconnaissant la nécessité de la reconstitution de vos archives, nous a chargés, M. le docteur Charrier et moi, d'entreprendre des démarches près de M. Masson, libraire-éditeur. M. Masson est disposé à offrir à la Société, à titre gracieux, toute cette série de la *Gazette hebdomadaire*, collection déjà rare et qu'il sera plus tard impossible de trouver. Cette offre constitue de la part de M. Masson un témoignage des excellents sentiments qu'il a pour la Société de médecine; dans la pensée de reconnaître ses intentions si généreuses et de resserrer les liens qui existaient autrefois entre M. Masson et votre Société, votre Conseil d'administration vous propose de lui décerner le titre de *membre honoraire*. Cette proposition est conforme à l'article 9 de nos statuts, ainsi conçu :

« La Société se réserve le droit de décerner le titre de membre honoraire à toute personne ayant rendu des services exceptionnels à la science ou à la Société. »

Le tome IV des *Bulletins* de la Société, 2e série, année 1868, n'existe pas dans notre collection; il a été brûlé dans l'incendie de l'Hôtel de Ville en 1871.

Le conseil d'administration vous propose la réimpression de ce volume. La situation financière de la Société nous permet de faire ces frais pour reconstituer l'intégralité des archives.

Cette proposition est mise aux voix et adptée.

—

*Élections.* — La nomination de M. Masson, au titre de *membre honoraire*, est votée à l'unanimité.

M. le Secrétaire général est invité à faire connaître, par une lettre motivée, cette décision exceptionnelle à l'honorable M. Masson, libraire-éditeur de l'Académie de médecine.

M. le docteur Graux, ancien interne des hôpitaux, est nommé à l'unanimité des votants *membre titulaire.*

—

M. Abadie lit, au nom et à l'appui de la candidature de M. Caradec fils (de Brest) au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé : *Observations sommaires sur le pouls et sur la température dans la fièvre typhoïde.*

Une commission composée de MM. Leudet, Antonin Martin et Duroziez, rapporteur, est chargée d'examiner les titres du candidat.

M. Boucheron lit la première partie d'un mémoire sur l'anémie par intoxication urémique.

— La séance est levée à six heures.

*Le secrétaire annuel*, Dr Thevenot.

# VARIÉTÉS

## PSYCHOPATHIE RELIGIEUSE D'ALIA.

On n'a pas oublié l'épidémie de démonopathie qui dans ces dernières années (1878) frappa la population de Verzegnis (Udine). L'enquête faite en Italie avec un soin remarquable par les docteurs G. Chiap et F. Franzolini, démontra de la manière la plus évidente, sa nature morbide et son analogie avec les épidémies si fréquentes qui étonnèrent le moyen âge.

Actuellement les mêmes phénomènes se reproduisent en Italie, dans la commune d'Alia.

Notre savant confrère le docteur A. Giordano, appelé en ce pays pour remplir un devoir de sa profession, eut l'occasion d'étudier sur place cette épidémie, et publia le résultat de ses observations, dont nous sommes heureux de pouvoir donner ici un rapide aperçu.

Située dans un pays inaccessible, sans grandes voies de communication, Alia semble avoir une vie à part, en dehors de toute civilisation, et reporte le visiteur à plusieurs siècles en arrière. Les plus élémentaires notions d'hygiène n'ont jamais pénétré dans cette contrée, et, un exemple entre mille, les habitations du peuple sont de véritables tanières n'ayant qu'une seule et unique ouverture, et où vivent pêle-mêle hommes et bêtes. Presque tous les habitants se marient entre eux : aussi la folie dans toutes ses manifestations : l'idiotie, l'imbécillité, la surdi-mutité, l'épilepsie, le suicide..... etc.; est-elle des plus fréquentes dans les familles.

Dans un pareil milieu, la religion outrée, avec ses pompes imposantes, devait faire de nom-

breux prosélytes. La superstition aidant, il n'y avait qu'un pas pour arriver au fanatisme et au délire religieux. Ce pas fut vite franchi, et le délire éclata à la suite d'une procession faite en vue d'obtenir du ciel la pluie si nécessaire à la suite des grandes sécheresses de février, mars et avril. La statue de saint François fut promenée avec toute la pompe et la solennité que le clergé sait déployer en pareille occurrence. Un fanatique ayant affirmé avoir vu l'eau couler sur la figure du saint, une foule de gens vit aussitôt la sueur perler sur les traits de l'image vénérée. Bientôt ce miracle ne fut plus révoqué en doute par personne, et on l'attribua à l'intercession de Rosalia Giallonbarda.

Agée de 22 ans, fille d'honnêtes bourgeois, cette femme avait eu autrefois des attaques d'épilepsie dont elle avait été guérie, disait-elle, par l'intermédiaire du saint. Mais depuis elle était sous la domination d'un mysticisme religieux excessif accompagné d'hallucinations. Rosalia communiqua bien vite son délire à son père et à ses frères, et, ainsi qu'il arrive presque toujours en pareille occurrence, à des étrangers. La nouvelle de ce miracle se répandit avec la rapidité de l'éclair et les habitants des pays circonvoisins accoururent en foule contempler ceux que Dieu avait choisis pour manifester ses volontés aux pauvres humains.

L'autorité s'émut, et voulant prévenir des désordres imminents, ne sachant quelle digue opposer à ce torrent de fanatiques, ordonna l'arrestation de Rosalia.

A cette nouvelle l'émotion fut grande : l'incarcération de Rosalia fut considérée comme un sacrilège. La visionnaire devint le sujet des chants et des récits les plus insensés. On avait même vu le saint entrer la nuit la visiter dans sa prison !

Bien loin d'atteindre le but qu'on se proposait, le résultat de cette mesure fut un redoublement de fanatisme et de délire.

Cette épidémie, ajoute notre savant confrère, est remarquable par le nombre d'adultes qui en furent atteints, par la rapidité avec laquelle elle se propagea, par sa tendance à prendre de l'accroissement, compromettant la sécurité des gens qui ne voulaient pas faire cause commune.

Nous sommes parfaitement de l'avis du docteur Giordano, et nous reconnaissons avec lui que l'intervention de l'autorité a été dans cette circonstance et vu la nature exceptionnelle des habitants d'Alia, plutôt nuisible qu'utile. Comme lui, nous croyons qu'il serait préférable d'envoyer une mission scientifique qui, après avoir étudié l'origine, la nature de l'épidémie, le *modus vivendi* des habitants de cette contrée, pourrait donner à la police sanitaire les indications d'une thérapeutique raisonnée, qui plus que tout autre moyen serait propre à étouffer le mal et à en prévenir le retour.

(In *Journal d'hygiène.*) D[r] Paul MOREAU, de Tours.

## FORMULAIRE

### POTION VERMIFUGE. — COLLIER.

| | | |
|---|---|---|
| Extrait de fougère mâle | 2 | grammes. |
| Teinture de quillaya | 2 | — |
| Sucre blanc | 20 | — |

Broyez avec soin et ajoutez peu à peu, en agitant :

| | | |
|---|---|---|
| Sirop de réglisse (pharmac. germ.) | 20 | grammes. |
| Eau distillée | 50 | — |

Pour une potion, à prendre par cuillerées à soupe toutes les heures, en ayant soin d'agiter avant l'usage. — Huile de ricin après la potion. — N. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Redier (Esprit-Jean-Louis) est nommé, pour trois ans, chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Guibal, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Mossé, agrégé, est nommé, pour une période de quatre ans à partir du 1[er] novembre 1881, préparateur du laboratoire de clinique médicale en remplacement de M. Polinario, dont la délégation sera expirée.

M. Gerbaud (Charles-Alexandre) est nommé chef de clinique obstétricale pour une période de trois ans, à dater du 1[er] novembre 1881.

M. Zéphiroff (Pierre) est nommé, pour une période de deux ans, aide d'histologie et d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Doze, dont le temps d'exercice est expiré.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C[e], rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# ÉPIDÉMIOLOGIE

## Documents sur la fièvre typhoïde en Algérie;

Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux,

Par F. Sorel,

Médecin-major de 2e classe attaché aux hôpitaux de la division de Constantine.

C'est depuis quelques années seulement, après les mémoires de Masse, Frison, Arnould et Kelsch, Alix (1), et la vulgarisation par le professeur d'épidémiologie du Val-de-Grâce, Léon Colin (2), des faits contenus dans les rapports adressés chaque année au Conseil de santé des armées, que l'existence de la fièvre typhoïde en Algérie est admise sans conteste. Est-ce donc que celle-ci aurait augmenté de fréquence depuis l'achèvement de la conquête?

L'augmentation est apparente et réelle. Apparente, en ce qu'avant que les travaux de l'école française, ceux de Louis en particulier, ne fussent devenus classiques, on la méconnut souvent. De plus, M. Maillot ayant démontré que le type continu appartenait aussi aux fièvres palustres légitimes, sous l'influence dominante de la doctrine de l'antagonisme imaginée par Boudin (influence telle que M. Netter (3) écrivait qu'après un séjour de six mois toute fièvre continue pouvait être rapportée à l'impaludisme), on repoussa le diagnostic de fièvre typhoïde, les autopsies furent laissées incomplètes, la recherche des lésions fut négligée ou leur interprétation faussée. Mais la fièvre typhoïde était présente, comme en témoignent les observations recueillies à Blidah en 1840 par le regretté professeur Laveran (4) et les études d'anatomie pathologique publiées par E. Colin, en 1848 (5).

L'extension de la fièvre typhoïde est cependant réelle. A mesure que se constituaient les grandes agglomérations urbaines, que se formaient les grandes garnisons stables, par là même naissait un milieu favorable qui allait fournir à la fièvre yphoïde les éléments de l'endémicité.

Et en effet, avec la même aptitude originelle, n'apportons-nous pas en Algérie la même manière de vivre, c'est-à-dire les mêmes infractions hygiéniques graves, l'indifférence ou l'incurie pour toute prophylaxie; et pour ce qui regarde l'armée, ne voyons-nous pas les casernements soumis au même type immuable appliqué avec une impitoyable rigueur? Mêmes défectuosités, même milieu, d'où la conclusion, mêmes maladies.

Mais si la preuve du développement de la fièvre typhoïde en Algérie n'est plus à faire, il y a lieu de rechercher si celle-ci ne rencontre pas dans le climat et le sol des influences capables de lui imprimer une modalité spéciale.

Je vais, d'après les faits qui me sont passés sous les yeux, examiner en quelques pages les particularités d'origine et de développement, ainsi que les modifications dans la marche que la maladie est censée recevoir du milieu algérien; et je terminerai par l'examen des symptômes qui rapprochent ou séparent la fièvre typhoïde de la fièvre rémittente tellurique.

(1) Masse. *Relation d'une petite épidémie de fièvre typhoïde.* In *Recueil de mém. de méd. milit.*, avril 1866.

Frison. *Contribution à l'histoire de la fièvre typhoïde en Algérie.* Même recueil, juin 1867.

Arnould et Kelsch. *Recherches sur la fièvre typhoïde en Algérie.* Ibid., janvier 1868.

Alix. *Observations médicales en Algérie.* Paris, 1869.

(2) L. Colin. *La fièvre typhoïde dans l'armée.* Paris, 1877, et *Recueil de mém. de méd. milit.*, année 1877.

(3) Netter. *Note sur la fièvre typhoïde en Algérie.* In *Recueil de mém. de méd. milit.*, année 1855.

(4) L. Laveran. *Documents sur les maladies du nord de l'Afrique.* Ibid., t. LII, 1843.

(5) E. Colin. *Recherches sur les affections de la rate,* etc. Ibid., t. IV, 2e série, 1848.

## I. — ORIGINE ET DÉVELOPPEMENT.

En Algérie comme en Europe il faut distinguer ce qui appartient aux explosions épidémiques accidentelles nées sous l'influence de causes toutes locales et passagères qui constituent les épidémies de maison, des casernes ou des petites localités, de ce qui dépend de l'endémie permanente. C'est ainsi qu'à Miliana, en 1876, les soldats du train des équipages étant seuls atteints, la cause fut trouvée dans la présence de cadavres d'animaux en putréfaction dans les latrines avoisinant le casernement : la maladie disparut après le curage des fosses.

Mais en dehors de faits semblables et d'une origine toute spéciale, la fièvre typhoïde règne en Algérie à l'état endémique, dans les villes, ainsi que l'établissaient pour Constantine les rapports du médecin divisionnaire, M. Vital, il y a déjà nombre d'années (1).

En consultant les registres des hôpitaux de Bône et de Sétif, je trouve pour ces quatre dernières années, 1876 à 1879, les résultats suivants :

A. — *Hôpital de Bône.*

| Années | Janv. | Fév. | Mars | Avril | Mai | Juin | Juil. | Août | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. | Total | Décès |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1876...... | » | » | » | 5 | 1 | 1 | » | » | 3 | 1 | 3 | » | 14 | 6 |
| 1877...... | » | » | 1 | » | » | » | » | » | » | 4 | 5 | 2 | 12 | 10 |
| 1878...... | 1 | » | 1 | » | » | 8 | 18 | 9 | 4 | 6 | 3 | 2 | 52 | 26 |
| 1879...... | 7 | 7 | 2 | » | » | » | 3 | 2 | 2 | 10 | 7 | 6 | 46 | 9 |
| | 8 | 7 | 4 | 5 | 1 | 9 | 21 | 11 | 9 | 21 | 18 | 10 | | |
| | 19 | | | 15 | | | 41 | | | 49 | | | 124 | 51 |

Dans ces chiffres ne sont compris que les militaires. Il faut noter qu'au mois de juillet 1878, la maladie frappa les pénitenciers, et l'endémie fut aggravée par une épidémie de prison; on trouve des malades d'une façon constante en novembre; remarquons qu'à cette époque la garnison est à son chiffre minimum, la dernière classe vient de partir et les recrues ne sont pas encore arrivées (2).

B. — *Hôpital de Sétif.*

| Années | Janv. | Fév. | Mars | Avril | Mai | Juin | Juil. | Août | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. | Total | Décès |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1876...... | 6 | 6 | 10 | 5 | 3 | » | 2 | 2 | 3 | 5 | 6 | » | 48 | 14 |
| 1877...... | » | » | » | » | » | » | 6 | 10 | 7 | 1 | 1 | » | 25 | 7 |
| 1878...... | » | » | » | » | » | » | 3 | 3 | 2 | 6 | » | » | 14 | 3 |
| 1879...... | 2 | 15 | 3 | » | » | » | 3 | 3 | 2 | 2 | » | » | 30 | 7 |
| | 8 | 21 | 13 | 5 | 3 | » | 14 | 18 | 14 | 14 | 7 | » | | |
| | 42 | | | 8 | | | 46 | | | 21 | | | 117 | 31 |

Comme en France, suivant la loi si bien mise en lumière par Ernest Besnier (3), l'endémie paraît suivre une courbe annuelle qui, en dehors d'une recrudescence accidentelle a ses points maxima dans la période æstivo-automnale. En outre, la réapparition de la fièvre typhoïde en juin-juillet est favorisée par les déplacements annuels des batteries d'artillerie.

Chaque année, au commencement du mois d'avril, les différentes fractions de l'artillerie quittent leur garnison respective pour se réunir dans des camps d'instruction, un par province : les exercices à feu terminés, elles sont de retour dans les

(1) Cité par Arnould et Kelsch dans le mémoire signalé, pages 19 et 20.

(2) En janvier 1880, aucun cas, soit à Bône, soit à Sétif.

(3) *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux.

premiers jours de juin. Deux années de suite, et dans des provinces différentes, j'ai vu leur retour ramener la fièvre typhoïde.

En 1878, une batterie du 28e d'artillerie quitte la plage d'Hussein-Bey, près Alger, pour se rendre à Miliana, où elle arrive en quatre étapes le 5 juin; depuis plus de six mois il n'y avait eu aucun cas de fièvre typhoïde dans la garnison, j'en constate un le lendemain 6 juin parmi les artilleurs, et un second le 8 juin; le 26 du même mois s'en produisait un troisième. Le bataillon de chasseurs fournissait trois cas, les 14 juin, 4 et 6 juillet. Puis disparition momentanée de la maladie, qui frappait encore quatre hommes dans l'année : un soldat du train le 26 septembre, un chasseur à pied et un hussard en octobre, et enfin un cavalier de remonte en décembre; soit en tout dix cas depuis l'importation faite par les artilleurs.

En 1879, au retour du camp de l'Oued-Seguin, trois artilleurs atteints de fièvre typhoïde entrent à l'hôpital de Constantine, du 6 au 15 juin, alors qu'il n'y en avait aucun cas dans la garnison; sous l'influence de circonstances particulières, la maladie allait s'étendre.

Les troubles qui s'annonçaient au sud de la province, dans les montagnes de l'Aurès, firent garder à Constantine les artilleurs de Philippeville, Bône et Sétif. Casernés en dehors de la ville, au fort de Bellevue, ils occupaient des pavillons de construction récente et ne comprenant qu'un rez-de-chaussée; mais ceux-ci adossés au mur d'enceinte, n'ayant de ce côté que des fenêtres rudimentaires, et par conséquent mal ventilés, ne tardèrent pas, une fois habités au complet et renfermant en plus les effets d'équipement et de harnachement, à devenir un milieu d'encombrement et un foyer d'extension, sinon de création, de la fièvre typhoïde. Du 20 au 30 juin, cette caserne fournissait trois nouveaux cas, et six dans la première quinzaine de juillet. Des mesures prophylactiques sont prises, les locaux évacués, et les hommes placés sous des hangars; les batteries étrangères sont renvoyées dans leur garnison.

Aussi, je ne reçois plus que deux malades dans la seconde quinzaine de juillet, et un seul en août; M. le médecin principal Aron, dont la division était reconstituée à son retour de colonne, en recevait le même nombre.

A Constantine, où la fièvre typhoïde est endémique, la maladie se développait parallèlement à la caserne voisine du Bardo, dont l'hygiène, du reste, réclame des changements radicaux : six soldats du train des équipages entraient en juillet dans mon service.

Les colonnes étaient rentrées le 11 juillet, je recevais deux zouaves du 3e régiment le 27 du même mois; l'un d'eux sortait des locaux disciplinaires où il était depuis quinze jours.

Du 27 juillet au 20 août, époque à laquelle je quittais Constantine, je ne constatais plus qu'un seul cas, le 7 août, appartenant à l'artillerie.

En dehors des cas endémiques habituels, une petite épidémie tendait à se développer sur les artilleurs casernés à Bellevue; déjà l'année précédente pareille explosion s'était produite. Quoique très bien située, la caserne, surchauffée par le soleil, mal ventilée par suite de la réduction des fenêtres sur une des façades, habitée au complet et contenant les effets de harnachement souillés par la sueur des chevaux, présente toutes conditions favorables au miasme de l'encombrement et à la production de la fièvre typhoïde.

Mais à Constantine comme à Miliana, les premiers cas provinrent des camps. D'un côté les fatigues de la période d'instruction sont une cause prédisposante; les hommes employés à recueillir le bois de fascinage dans les forêts et qui commencent à travailler un mois avant les autres, ont été les plus atteints; d'un autre côté, le camp lui-même agit par des influences multiples : réunion d'hommes formant une agglomération d'individus d'âges et d'aptitudes morbides identiques, importation possible en face de cette convergence de soldats venus de divers lieux, infection du sol par la durée du séjour.

Dans son *Traité d'hygiène militaire*, M. Morache signale l'encombrement facile des camps et l'infection du sol, facteurs qui, avec les influences météorologiques,

préparent l'apparition des maladies zymotiques et de la fièvre typhoïde en particulier (1).

En 1866, Arnould et Kelsch observent à Constantine que les troupes casernées à la Casbah ne donnent qu'un malade, tandis que les camps en fournissent un certain nombre. « L'habitation sous la tente, disent-ils, si elle n'est bien entendue et « rigoureusement surveillée, acquiert vite, et à un haut degré, les inconvénients « des habitations stables; le miasme de l'encombrement s'y développe et y reste, « à moins que l'on ne fasse bonne garde, c'est-à-dire que l'on déplace souvent la « tente et qu'on mesure le nombre de ses hôtes à sa capacité atmosphérique » (2).

Dans les faits actuels, les camps ont fourni les cas d'origine; pour que la maladie se développe, il lui faut des conditions d'opportunité sans lesquelles son extension reste très limitée, et bientôt elle avorte complètement. Ainsi en fut-il à Miliana en 1878, ainsi à Philippeville et à Bône en 1879, où les artilleurs venus de Constantine restèrent les seuls frappés; à la fin du mois d'août, il n'y avait plus de fièvre typhoïde à l'hôpital de Philippeville et il ne restait à Bône qu'un convalescent; et cependant dans cette ville la recrudescence endémique automnale se fait en octobre et n'épargne aucun des corps de la garnison.

Cette preuve de l'opportunité morbide (3) nécessaire au développement des maladies zymotiques, je la trouve encore dans les faits suivants observés à Amiens. En 1876, les soldats du train, casernés dans une ancienne usine mal aménagée, étaient décimés par la fièvre typhoïde; au mois de juillet, ils vont occuper une caserne neuve, la maladie ne s'éteint que plus tard. Les volontaires d'un an des chasseurs à pied, où quelques cas étaient survenus, arrivent en novembre, les recrues des divers corps en décembre, et la seconde portion du contingent, retardée par mesure prophylactique, en janvier; tous arrivent après la période de la recrudescence endémique automnale; aucun ne fut atteint, bien que parmi les anciens soldats du 2e bataillon de chasseurs, 5 fussent frappés en décembre, 2 en janvier, et 2 en février.

Ces faits se reproduisent d'une façon si constante, que le professeur Colin, au chapitre Prophylaxie de son traité des *Maladies épidémiques*, demande que l'incorporation des classes ait lieu en novembre au plus tôt (4).

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

(1) Morache. *Traité d'hygiène militaire*, pages 553 à 558.

(2) Mémoire cité, page 21.

(3) « L'opportunité morbide n'est aujourd'hui qu'un mot, bien qu'exprimant un fait absolument réel; mais ses conditions n'échappent pas toujours à notre analyse et, tôt ou tard, on peut espérer en connaître les éléments. »

(4) Au 15 août 1880, aucun cas de fièvre typhoïde à Sétif; les artilleurs étant revenus sans malades en juin, l'origine habituelle a fait défaut.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

SUPPRESSION DE L'INDUSTRIE NOURRICIÈRE, par Edmond AMETTE. Paris, 1881, Asselin.

La mortalité effrayante des enfants nouveau-nés est le résultat de plusieurs causes sociales; mais l'industrie nourricière en est assurément la principale. L'auteur, appelé par ses fonctions à connaître les inconvénients de cette industrie, était autorisé à s'occuper de la solution de ce problème qui intéresse si vivement l'humanité et l'économie sociale; en France, surtout, où plus que dans les autres pays, les femmes se désaccoutument des devoirs de la maternité.

Les moyens que propose l'auteur ne sont pas nouveaux; comme il le reconnaît lui-même, ils doivent se heurter à des usages et à des mœurs contre lesquelles la lutte est difficile. Cependant les encouragements aux nourrices sous forme de subsides, les récompenses aux mères qui allaitent leurs enfants et le placement et la surveillance des enfants par l'État, sont des mesures excellentes; mais, pour en obtenir une sérieuse exécution, il faudrait, ajouterons-nous, armer les médecins inspecteurs de pouvoirs qui leur manquent et ne pas les gratifier de ces minimes et ridicules rémunérations par lesquelles on a l'habitude, dans notre pays, d'honorer les services publics des hommes de l'art. — Ch. E.

**Étude clinique de la paralysie spinale aigue de l'adulte**, par le docteur Paul Souze. Paris, 1881, Delahaye et Lecrosnier.

La monographie actuelle est le résultat de l'analyse de quelques observations recueillies dans les services des hôpitaux de Paris. Elle contient de plus des renseignements inédits relativement au mode d'exploration électrique employé par le docteur Frantz Müller (de Gratz), sur la graduation de l'appareil d'induction de Stöhrer et sur la notation spéciale des résultats. A ce point de vue, la thèse du docteur Souze sera des plus utiles à consulter.

Les symptômes dont l'auteur a décrit la marche avec soin sont ceux qui ont été les moins étudiés jusqu'à ce jour : la fièvre, les troubles dus à la myélite, la paralysie qui paraît préférer certains muscles (deltoïde, jambier antérieur, gastro-cnémiens), etc.

De la statistique terminale de cette thèse, on peut conclure que la guérison complète est assez fréquente; mais que la récidive ou l'atrophie musculaire progressive consécutive surviennent quelquefois. — Ch. E.

**Société de médecine publique de Belgique. Hygiène scolaire : le batiment et la gymnastique**, par le docteur Droische et Blondot, architecte. — **L'élève et le maître**, par le docteur Hyve Kuborn. — Liège, Vaillant, 1880.

La troisième question soumise à l'Assemblée nationale scientifique d'hygiène et de médecine publique, tenue à Bruxelles en 1880, était celle-ci : Formuler en points généraux les règles qui doivent présider à l'enseignement de l'enfance, de 6 à 12 ans, dans les établissements d'instruction, au point de vue de la santé du corps et de l'esprit;—tracer la description d'une école primaire modèle réalisant dans sa construction tous les *desiderata* de l'hygiène. La brochure actuelle nous fait connaître non-seulement à ce point de vue les conditions hygiéniques du bâtiment scolaire, mais aussi, en s'appuyant sur l'étude des maladies scolaires, les règles propres à éviter et à éloigner ces affections fréquentes chez les enfants des écoles. Il faut noter enfin l'exposé succinct et intéressant du mode de surveillance médicale dans les écoles de Bruxelles, dans lesquelles l'inspection médicale est des plus complètes, et mieux rétribuée qu'en France. — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances des 23 mars et 27 avril 1881. — Présidence de M. Barnier.

Sommaire. — Correspondance. — Nomination d'un membre titulaire. — Observation de hernie crurale étranglée. — De la rage.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de candidature de M. le docteur Goyard, qui envoie à l'appui sa thèse inaugurale et divers travaux d'hygiène. — La correspondance imprimée, le *Bulletin médical du Nord*, la *Revue médicale française et étrangère*, la *Revue médicale de Toulouse*.

M. Rougon présente, au nom de M. le docteur Nicolas, un ouvrage intitulé : *La Bourboule actuelle*.

MM. Perrin et de Fourcault font hommage à la Société, le premier, d'une brochure sur un cas intéressant de microcéphalie observé par lui, en septembre 1880, en Italie; le second, d'un mémoire sur le traitement des ulcères diathésiques du col de l'utérus. (Remerciements.)

—

M. le docteur Chateau, au nom d'une commission composée de MM. Donadieu, Cyr et Chateau, fait un rapport sur la candidature de M. le docteur Philbert.

Les conclusions favorables, mises aux voix, sont adoptées, et M. Philbert est nommé membre titulaire de la Société.

—

M. Richelot fils communique à la Société une observation de hernie crurale étranglée. (Voir l'Union Médicale du 31 mai 1881.)

M. Rougon appuie les conclusions du travail de M. Richelot.

M. de Ranse demande si, dans le cas où il y a eu perforation, on n'a pas abusé du taxis et si on a songé, en pareil cas, à la résection de l'intestin, comme l'a récemment pratiquée M. Kœberlé.

M. Richelot fils convient que le taxis peut évidemment amener des perforations, mais que tel n'a pas été le cas dans l'observation qu'il vient de communiquer à la Société. La perforation peut arriver également, sans qu'on pratique le taxis, par simple constriction, surtout quand l'étranglement est incomplet, qu'il n'y a qu'un pincement. Quant à la résection de l'intestin, c'est une question toute nouvelle et qui demande par conséquent à être approfondie. C'est une opération tellement grave qu'on ne peut la faire de parti pris et à laquelle on ne se résout que dans des circonstances assez graves pour justifier n'importe quel mode d'intervention chirurgicale. Du reste, la résection n'a guère été, jusqu'à présent, appliquée aux hernies.

M. Labarraque père rappelle qu'on a assisté à trois phases d'opinion relativement à cette question : 1° opérer au plus vite comme le conseillait Dupuytren; 2° le taxis à outrance, comme le voulait Amussat; 3° aujourd'hui les chirurgiens paraissent s'en tenir à un éclectisme raisonné, et il ne peut que louer M. Richelot fils d'avoir adopté cette doctrine.

—

M. Mathelin prend ensuite la parole en ces termes :

Il y a deux ans, à peu près, un fait tragique impressionnait douloureusement l'opinion publique. Un jeune homme, porteur d'un nom deux fois sympathique et bien connu dans le monde des arts, succombait dans d'atroces convulsions. Il mourait atteint de cette chose horrible, la rage.

Je rappelle en deux mots son histoire : M. X..., rentrant le soir chez lui à la campagne, appelle son chien favori, le flatte comme d'habitude; l'animal répond moins bien aux caresses, il s'impatiente et mord légèrement la main de son maître. Le matin déjà il avait agi de même avec le domestique qui lui apportait sa nourriture. Puis il était resté triste, blotti dans un coin, refusant de manger. Cependant, aucun de ces signes menaçants qui caractérisent la rage confirmée. Les morsures sont d'ailleurs en elles-mêmes insignifiantes. M. X... répond en plaisantant aux craintes hasardées par son domestique. Mais, au bout de deux jours, la maladie est plus accusée. On abat le chien. On acquiert alors la conviction qu'il est manifestement enragé. Trois et quatre jours après, domestique et maître succombaient aux accidents rabiques.

La nouvelle produisit une véritable consternation dans Paris. Toute la presse s'en entretint. On demanda des mesures pour éviter de pareils malheurs. La préfecture de police s'émut elle-même; elle rappela aux intéressés les règlements en vigueur auxquels on s'était habitué à ne plus prendre garde. Elle en précisa le sens et en compléta certaines dispositions. Tout possesseur de chien fut mis en demeure de s'y conformer. Tout chien suspect dut être abattu. Puis elle donna à ses agents les instructions les plus rigoureuses. Pendant un certain temps, au moins à Paris et dans les environs, on fit une guerre sans trêve ni merci à cette gent canine errante, foyer et agent de transmission le plus actif de la rage.

Dans le mois de juillet, 3,383 et dans le mois d'août 1334, soit au total, en deux mois, plus de 4,500 chiens errants furent ramassés sur la voie publique, sur lesquels 3,099 furent détruits.

J'emprunte ces chiffres au rapport officiel de M. Leblanc, vétérinaire de la préfecture de police, et à la communication si intéressante de M. Bouley (séance du 28 mai 1879) à la Société de médecine publique.

Les résultats ne se firent pas attendre; la même statistique nous l'apprend. Dans le trimestre qui suivit ces exécutions, 53 cas de rage furent seulement notés, tandis que dans les premier, deuxième et troisième trimestres de la même année, on enregistrait les chiffres de 141, 175 et 133.

Je me remémorais tout cela dernièrement en songeant au nombre encore si considérable de chiens en rupture de ban sur nos voies publiques, principalement dans la banlieue de Paris. Je me demandais si malgré les affiches blanches qui s'étalaient alors sur les murs de la capitale la surveillance si efficace, si salutaire, dont nous venons de relater les résultats ne s'était pas un peu relâchée ; si le zèle des agents à qui elle incombe ne s'était pas refroidi. C'est qu'hélas on oublie vite en hygiène comme ailleurs les leçons de l'expérience. Le souvenir d'un fait douloureux particulièrement intéressant s'efface comme tout le reste. Les craintes, les alarmes du public s'atténuent dès que le danger apparaît moins immédiat, moins tangible, et comme la race canine fait les principaux frais des mesures prophylactiques contre la rage, les préjugés, les réclamations, la pitié pour les infortunes de l'animal qui, à tort ou à raison, passe pour le meilleur ami de l'homme, reprennent vite le dessus et tiennent en échec la bonne volonté des agents de la force publique.

Celle-ci d'ailleurs, il faut bien le dire, n'est pas sans ressentir elle-même un brin de commisération à l'égard des malheureuses bêtes sur lesquelles pèsent d'aussi cruels édits de proscription. La meilleure preuve, c'est le fait si singulièrement topique que je désire raconter. Il

démontre en même temps, à l'encontre de ce que croient certains esprits mal intentionnés, et l'excès de générosité dont est susceptible le cœur de nos gendarmes et l'insuffisance des circulaires qui tracent aux agents de l'autorité leur ligne de conduite.

Je me trouvais, vers la fin de l'été dernier, dans une gare des environs de Paris. Dans un fossé, contre la palissade en bois qui borde la voie du chemin de fer et au bas d'un chemin creux descendant des hauteurs environnantes, un chien paraissant exténué de fatigue, blotti dans un coin, haletant, le poil hérissé, l'écume à la gueule, fouillant la terre du museau, l'œil fixe et injecté, attira notre attention, celle du garde-barrière et d'un gendarme de service à proximité de là.

On tint conseil. Le chien était-il enragé? Malgré tout, le doute était permis; préciser davantage le diagnostic pouvait n'être pas sans danger. Mais le gendarme excipa d'instructions récemment reçues de la préfecture de police. Le chien portait un collier. Il avait droit dès lors à tous les ménagements. Le fait seul de vagabondage ne suffisait plus, paraît-il, pour le constituer à l'état de chien errant et justifier son arrêt de mort sans plus ample informé. Mais l'animal était tout au moins suspect. Or, voici ce qu'on décida : on arrêterait le chien sans lui faire de mal, on s'en rendrait maître, on le mènerait en lieu sûr et on ferait établir, par qui de droit, le diagnostic d'où devait dépendre l'arrêt de vie ou de mort de la malheureuse bête. Le gendarme mit donc le sabre au poing, mais « à seule fin » de se tenir sur la défensive. Puis, malgré ce que pouvait présenter de périlleux sa tentative, il se mit en devoir, avec l'aide du garde-barrière, de glisser une corde dans l'anneau attenant au collier du chien. Il y eut alors une lutte homérique. Le chien se déroba, passa et repassa dans les jambes de ses agresseurs, qui de leur côté redoublaient d'efforts pour le saisir. Grâce sans doute à la chaleur de l'action, le chien oublia de mordre, et nos hommes oublièrent qu'ils pouvaient être mordus. On juge néanmoins de l'effroi des spectateurs, qui ne ménageaient pas leurs avertissements aux deux hommes, acteurs imprudents de cette scène. Enfin, tout se passa pour le mieux. Le chien fut appréhendé, conduit en laisse, le museau en l'air, élevé sur ses pattes de derrière, de telle façon qu'à chaque velléité de résistance, le gendarme n'avait qu'à tirer sur la corde pour faire perdre terre à l'animal et annihiler ses efforts. La conduite, qui n'était cependant pas sans danger et exigeait une certaine dextérité, s'opéra sans encombre jusqu'à la caserne de la gendarmerie. Là, un vétérinaire fut appelé. Le commissaire de police intervint. L'animal fut déclaré atteint de rage, abattu, et l'autopsie vint confirmer le diagnostic.

Telles sont les difficultés pratiques qui peuvent surgir dans l'application des mesures suivantes prescrites par la préfecture de police : dès qu'un chien porte un collier, on ne doit pas le considérer comme chien errant et le traiter comme tel, s'il est rencontré seul sur le territoire de la localité dont mention est faite sur ledit collier.

Ce n'est déjà pas là, autant qu'on pourrait le croire, chose toujours facile à déterminer que cette dernière condition.

Le territoire d'une localité, ce que, dans le langage usuel de la campagne, on désigne sous le nom de « finage », peut s'étendre plus ou moins loin. Il faut déjà des connaissances topographiques locales pour décider là où il commence et là où il finit. De plus, bien que ce soit l'exception, il se peut qu'un chien contracte la rage sur place, ou tout au moins sans pousser bien loin ses pérégrinations. Il est vrai de dire que, de par le règlement, toute immunité cesse pour tout chien paraissant suspect. Porteur ou non d'un collier, habitant ou non la localité où on le rencontre, le chien suspect peut et doit être arrêté ou abattu de suite, suivant qu'il paraît plus ou moins dangereux. Mais le moyen de reconnaître toujours quand et comment un chien peut être considéré comme suspect et traité comme tel! C'est justement là que peut commencer l'embarras du gendarme. Laissons de côté la rage confirmée, la rage si tristement classique, celle qui est le mieux connue, celle que l'on trouve décrite partout, la rage à type furieux, celle qui fait du chien cette bête horrible que tout le monde sait, aux hurlements rauques et lugubres, bavante, l'œil en feu, suant l'eau et le sang, s'acharnant à mordre, en leur inoculant la mort, tout être, homme ou chien, qu'elle rencontre dans la course effrénée qui l'emporte pendant des heures, des journées entières, jusqu'à complet épuisement, jusqu'à la mort. Il est trop évident que, dans ce cas, tout le monde a le droit, et les agents de l'autorité ont plus particulièrement le devoir, d'intervenir en abattant, à qui il appartienne et où il se trouve, l'animal porteur d'un pareil fléau. Mais la rage n'est pas toujours cela. Elle peut affecter une allure beaucoup plus calme, une marche presque insidieuse. Elle peut revêtir la forme que les vétérinaires désignent d'une façon si caractéristique sous le nom de *rage mue*. Ce ne serait même pas là chose absolument rare.

D'après la statistique de M. Leblanc, sur 511 cas de rage observés, il y aurait eu 121 cas de rage mue. Or, la rage mue est quelquefois difficile à reconnaître. Un chien peut en être atteint et paraître à peine suspect. Le diagnostic, difficile pour les hommes de l'art, le sera à plus forte raison pour un simple gendarme. Il faut tenir compte, en outre, que, pour ce der-

nier, il ne s'agit pas d'un chien qu'on peut à loisir observer enfermé dans un chenil où, enragé ou non, toutes les mesures sont prises pour le rendre inoffensif. Il s'agit d'un chien errant, à l'état de liberté, près duquel il n'est pas prudent de trop prolonger l'examen, qui d'ailleurs peut s'échapper, devenir peut-être furieux et occasionner en un clin d'œil d'irrémédiables malheurs. Qu'on exige d'un gendarme du zèle, du dévouement à la chose publique, rien de mieux; mais qu'on lui impose de n'intervenir qu'après avoir diagnostiqué par avance si un chien errant qu'il doit appréhender ou abattre est tout au moins suspect d'être enragé, c'est trop demander, c'est vouloir qu'un gendarme soit doublé d'un vétérinaire et possède des connaissances que la société n'est certes pas en droit de réclamer de lui, en raison du rôle qu'elle lui assigne et des émoluments qu'elle lui octroie. Classer les chiens errants en suspects et en non suspects, réclamer des poursuites contre les uns et non contre les autres, c'est créer une équivoque pour celui qui applique le règlement. Et pour qu'un règlement de police sanitaire produise tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il faut qu'il soit aussi simple, aussi clair, aussi précis que possible. Or, s'il est démontré scientifiquement, et la preuve, il me semble, en a été surabondamment fournie par les travaux des hygiénistes et des vétérinaires qui ont traité cette question, s'il est démontré, dis-je, que l'animal domestique, et surtout le chien domestique, possède seul le triste monopole de produire la rage de toutes pièces, s'il est démontré que l'homme ne peut la contracter que par inoculation, et le plus souvent à la suite de morsures rabiques, la conséquence logique, le corollaire obligé qui en découle, c'est que tout chien parcourant librement la voie publique est un danger; pour le conjurer, aucune mesure de police ne peut être taxée de trop de sévérité, pourvu qu'elle soit efficace. Il s'agit ici d'un intérêt humanitaire suffisamment grave pour qu'on puisse, sans être taxé de cruauté, mettre hardiment hors la loi un animal qui, dans le cas particulier qui nous occupe, n'est plus l'ami de l'homme, mais bien son pire ennemi. Tel est le principe dont doivent s'inspirer ceux qui ont charge de la sécurité publique. Qu'on songe donc seulement à cette pauvre population infantile, toujours sans défense contre l'approche d'un chien dangereux et qui, d'après la statistique que je mentionnais tout à l'heure, fournit aux morsures rabiques un si lamentable contingent (30 dans une seule année, et pour le seul département de la Seine!). Que valent, je le demande, en face de ce seul fait, si tristement éloquent, les protestations indignées de la Société protectrice des animaux contre les mesures préventives que nous réclamions contre leurs protégés?

Et puisque l'occasion s'en présente, je voudrais, au nom de l'hygiène, au nom de la Société protectrice des hommes répondre un mot à cette sentimentalité exagérée d'une Société dont la bienfaisance, à force de songer aux bêtes, me paraît par trop oublier les hommes. Qu'on réprouve tout acte de cruauté inutile à l'égard des animaux, rien de mieux; qu'on protège contre la brutalité révoltante d'un charretier un malheureux cheval qui n'en peut mais, et succombe à la peine et sous les coups, qu'on empêche dans tous les cas nos animaux domestiques de passer à l'état de souffre-douleurs entre des mains barbares! J'y souscris d'autant plus volontiers que cette sensibilité digne d'éloges m'a toujours semblé le commencement de celle que nous devons professer à l'égard de nos semblables.

Mais il est des cas où cette sensibilité s'égare, devient mièvrerie ou mieux encore aboutit parfois, sous prétexte de pitié animale, à des choses singulièrement étranges pour nous autres vulgaires humains. Dois-je, en demandant la permission d'en citer une ou deux, invoquer le *risum teneatis amici* du bon Horace? Écoutez plutôt leur histoire. Elle est là, gravée en lettres d'or dans les Annales de cette magnanime Société qui, à notre époque d'humanité égoïste, de vivisections féroces, de sauvages expérimentations dont la gent animale fait presque tous les frais, sait encore inspirer, comme vous allez voir, à quelques âmes bien nées, les élans les plus généreux et les dévouements les plus grandioses envers l'animalité souffrante.

C'était dans une mansarde; la maladie, la misère, la vieillesse, tout s'y était abattu à la fois. Une vieille demoiselle habitait là, oubliant le monde et oublié de lui, âme forte entre toutes, supportant vaillamment sa propre infortune et épanchant au milieu des bêtes les trésors de charité que cachait son cœur fermé au commerce des simples humains, si bien que la chose est authentique : malgré son dénûment, M[lle] X... n'hésita pas à recueillir pendant nombre d'années tous les chats vieux ou abandonnés de son voisinage, se privant du nécessaire et partageant pieusement avec eux ses maigres ressources. Grâce à la Société protectrice des animaux, cet acte de dévouement si longtemps obscur et ignoré fut enfin découvert, et une récompense décernée à cette fervente protectrice de la race féline.

Une autre fois, c'est un véritable trait d'héroïsme que nous voyons enregistré dans les circonstances dramatiques que voici : un coq effarouché par une méchante âme prend si malheureusement son vol, qu'il s'abat dans un puits. L'infortunée bête lutte en désespérée pour sortir du gouffre; mais ses efforts s'épuisent. Elle va infailliblement périr submergée, quand, ô bonheur, un sauveteur intrépide apparaît. Elle aussi, c'est une femme, une faible

femme! Et pourtant elle n'écoute que son courage et la voix de son cœur, écho fidèle des cris plaintifs de l'intéressant gallinacé, et la voilà, sans souci du danger, s'engageant au péril de ses jours dans la profondeur de l'abîme. Elle est d'ailleurs assez heureuse, digne récompense d'un si grand effort, pour rapporter sain et sauf l'animal en détresse. L'histoire ne dit pas si le coq versa des larmes de reconnaissance. La Société protectrice des animaux se fit, en tout cas, son interprète et vota une récompense bien méritée au courageux sauveteur.

Eh bien, oserai-je l'avouer, au risque de dévoiler toute la noirceur de mon âme et de m'exposer à être à tout jamais frappé d'anathème par les adeptes de la bienfaisante Société, je suis de ceux que le récit émouvant d'aussi belles actions laisse absolument froids. Bien plus, je suis tenté de me récrier devant une aussi grande dépense de dévouement et d'héroïsme envers la gent animale. Je crains qu'elle ne fasse la part trop congrue aux déshérités de la gent humaine. C'est même là un fait que je crois d'observation journalière. Certaines de ces âmes, par trop généreuses quand il s'agit des bêtes, ne le sont plus assez quand il s'agit des hommes. A cet égard, et pour en revenir aux chiens, je ne voudrais certes pas incriminer particulièrement le beau sexe qui a d'ailleurs peut-être pour excuse plausible l'exquise délicatesse de sa fibre sensible et son vaste besoin d'attachement. Seulement je ne puis m'empêcher de remarquer que dans nombre de cœurs féminins, jeunes ou vieux, certains membres de la race canine, et non les plus intéressants, occupent une place par trop privilégiée. Il en est de ces cœurs que bouleverse à l'excès le malaise d'un affreux caniche ou d'un sordide carlin en mal de digestion, et que n'émeuvent pas toujours outre mesure les souffrances et les misères des humains. Ce sont eux qui fulminent le plus volontiers contre les mesures canicides de la préfecture de police et ne seraient pas éloignés de dire : « Périsse l'humanité plutôt que nos chiens. »

Eh bien, c'est contre de pareils préjugés, contre une pareille perversion du sens émotif qu'il convient de réagir dans la question qui nous occupe au nom du plus simple bon sens comme de la plus élémentaire philanthropie.

En fait de rage, comme ailleurs, je crois, il convient de défendre les intérêts de l'homme avant ceux du chien. En ce qui concerne le chien errant notamment, le facteur pour ainsi dire indispensable à la propagation de la rage, aucune hésitation n'est possible. La proscription absolue est seule de mise. Loin de tenir en échec les efforts de l'administration pour arriver à ce but, l'opinion publique doit prendre les devants.

Si la nécessité s'en impose scientifiquement, si, comme l'a démontré depuis longtemps déjà M. Bouley, la prophylaxie contre la rage ne peut être sérieuse, efficace et parfaite qu'à cette condition, prenons-en résolûment notre parti. Qu'on se tranquillise d'ailleurs. Malgré les razzias qui seront opérées aussi fréquemment que possible, nous aurons toujours assez de chiens. Ceux qui vivront en règle avec la préfecture de police suffiront et au delà à nos besoins. Et puis, je n'hésite pas à le dire, dussent tous les cynophiles de la création déchaîner leurs meutes contre moi, la disparition de la race canine, s'il fallait aller jusque-là pour assurer la disparition définitive de la rage, ne m'occasionnerait pas le moindre chagrin. En fait de chiens, la suppression de mille justes au regard de l'hygiène pour assurer la suppression d'un seul contaminé au regard de la rage n'a rien qui me révolte, au contraire, et je prendrais plus facilement mon parti de ce massacre des innocents d'une nouvelle espèce que des tortures endurées par un seul de mes semblables, victime de la rage et d'une sentimentalité bête qui se trompe d'objet.

Le beau malheur, en vérité, si nous allions voir disparaître de nos rues et de nos voies publiques cette armée de quadrupèdes immondes, sans forme ni race, fils de ces croisements de rencontre de la rue, et de ces mœurs cyniques devenues proverbiales dont nous avons à chaque pas le dégoûtant spectacle! Où serait le mal si tous ces bâtards de la race canine n'étaient plus là pour transformer non seulement nos coins de bornes et nos murs, mais encore le seuil de nos maisons et de préférence l'étalage de nos marchands de comestibles en lieux de nécessité, avec le sans-gêne et de la façon que l'on sait? Je me suis souvent demandé a raison de cet attachement que professent certaines personnes pour le chien des rues. On ne peut certes pas invoquer son utilité, et il faut, pour se complaire dans ses caresses, oublier singulièrement le *modus vivendi* de l'animal. En tout cas, tous ceux dont les roquets, caniches et carlins qui courent et pullulent sur nos voies publiques font les délices pourraient, ce me semble, reporter leur affection sur d'autres animaux plus propres et pouvant plus décemment que les susnommés se parer du titre d'ami de l'homme. Si encore nous vivions en Orient où les mesures de voirie sont réduites au minimum, où les sectateurs du Coran comptent surtout pour la disparition des dépôts d'immondices sur la voracité de la gent canine qui peuple les rues de leurs villes, je comprendrais qu'en face des services rendus, on usât de ménagements. Mais d'abord, chose digne de remarque, la rage est à peu près inconnue à Constantinople dans ces troupeaux de chiens qui se mêlent si intimement à la

population musulmane; ce ne sont certes pas les conditions hygiéniques, mais les conditions climatériques ou autres qui s'opposent au développement du virus rabique chez eux. Puis il est à remarquer que chez nous, où l'administration vicinale est moins rudimentaire qu'en Orient, le chien n'est plus pour elle un auxiliaire mais bien tout le contraire.

La seule exception que nous puissions consentir aux mesures d'ostracisme général contre la gent canine, c'est celle formulée déjà par la préfecture de police dans les instructions qu'elle affiche périodiquement sur nos murs sous le titre de : « La rage et les chiens; » c'est l'exception qui vise les chiens de garde ou en chasse.

Ceux-là d'abord ne sont guère dangereux que pour leurs commensaux; ils ne constituent pas un véritable danger public; puis l'expérience a démontré que la rage ne sévissait que très exceptionnellement sur eux. Le fléau semble respecter les quelques membres de la race canine qui ont un rôle réellement utile. Il frappe incomparablement plus souvent le chien de luxe, le chien de rue, celui qui nous court tous les jours dans les jambes, celui qui erre le plus souvent à l'abandon, et, nous l'avons dit, c'est contre celui-là surtout que les mesures administratives ne sauraient jamais être taxées de trop de sévérité.

La première de ces mesures actuellement en vigueur rend obligatoire le port du collier. C'est déjà là un progrès véritable réalisé. Toutefois, ce n'est pas là, comme certaines gens semblent le croire, un gage de sécurité suffisant; c'est, à nos yeux, un simple moyen permettant, dans tous les cas où un chien serait rencontré à l'état errant, de rechercher son maître, de verbaliser contre lui, de le rendre, au besoin, civilement responsable des méfaits de son animal, sans préjudice de l'arrestation et, au besoin, de l'abattage de ce dernier.

On a renoncé avec raison au supplice, pour le moins inutile, du port de la muselière. Autrefois il était de rigueur pour tous les chiens pendant une période déterminée par l'Administration, généralement pendant les chaleurs. L'espoir d'empêcher ainsi les morsures rabiques et la propagation de la rage était puéril, la contamination pouvant se faire quand même par la simple imprégnation de la bave expectorée sur la moindre érosion. En outre, ahuris sous ce malheureux attirail, les chiens n'en devenaient que plus facilement enragés. Ici, du moins, on peut se féliciter que la Société protectrice des animaux ait réclamé et obtenu gain de cause.

Mais une mesure très sage prescrite aujourd'hui d'une façon formelle par la préfecture de police, et de nature à diminuer sensiblement les foyers de contagion, est celle-ci : « Tout chien mordu par un chien enragé, ou simplement suspect de l'être, doit être abattu. »

Toutefois, ce qu'il importe surtout, c'est que les agents chargés de poursuivre les délinquants de la race canine reçoivent des instructions aussi claires, aussi explicites que possible. Il faut les mettre à l'abri de tout scrupule et rassurer leur religion contre les protestations indignées de ces âmes généreuses, à la pitié trop facile, ou de ces esprits mutins disposés de nature à faire niche à l'autorité et à prendre parti contre le gendarme.

En principe, d'une manière absolue, je voudrais que tout chien ne pût avoir accès sur la voie publique sans être accompagné d'un maître civilement responsable de ses actes. En pratique, il y aura toujours assez et trop de tempéraments à cette règle sans qu'on le spécifie par avance, quand il s'agira, par exemple, de ces chiens connus par les agents d'un quartier, prenant pour ainsi dire leurs ébats sous la surveillance de l'autorité, et dans un rayon déterminé. Mais, de toute façon, tout agent de police devrait être armé du droit de pouvoir arrêter, suivant qu'il le jugerait à propos, tout chien errant, connu ou inconnu. Il saurait ainsi que, dans tous les cas, sa responsabilité est à couvert et les difficultés d'interprétation du règlement, que nous avons rappelées, disparaîtraient au grand bénéfice de la santé publique.

Et après cela, pour ceux qui condamneraient comme trop cruel le système que nous préconisons; pour ceux qu'épouvantent les holocaustes de ces chiens martyrs de l'hygiène, froidement accomplis au fond des bois transformés en fourrière; pour ceux qui ne peuvent penser sans frémir à ces milliers de pauvres bêtes pendues haut et court, sans jugement, sur un simple soupçon et conformément aux rigueurs implacables d'un règlement sans merci, je le demande en terminant, à qui donc incombe, en définitive, la responsabilité première de ces exécutions en masse? Qui est le plus coupable : de la société obligée de se débarrasser d'un animal, malfaisant par cela seul qu'on l'abandonne, ou du maître qui, soit par simple négligence, soit de propos délibéré, commet l'abandon? Ah! si le chien arrêté comme vagabond pouvait se plaindre, nul doute qu'il n'accusât par-dessus tout, comme auteur de son infortune, le maître négligent ou ingrat qui, pour prix de ses services, le livre ainsi comme victime désignée d'avance aux rigueurs de l'Administration.

C'est là tout au moins une idée dont devraient s'inspirer les adeptes trop fougueux de la Société protectrice des animaux. Ils ont mieux à faire, dans l'intérêt même de leurs protégés, que de protester contre les mesures de police sanitaire prises ou à prendre. C'est à eux

qu'incombe plus particulièrement la mission de rappeler aux détenteurs de chiens leurs devoirs et de les inviter à se mettre en règle avec la préfecture de police.

La Société protectrice des animaux et la Société protectrice des hommes, représentée, dans l'espèce, par l'Administration du préfet de police, pourraient alors marcher parfaitement d'accord, la première voulant bien admettre dans leur intégrité les droits de la seconde.

A condition que les intérêts des bêtes ne prévalent pas contre les nôtres, nous ne demandons pas mieux que d'applaudir et de seconder tout ce qui est fait ou à faire en vue du soulagement de l'animalité souffrante, mais à cette condition seulement.

Entre l'homme, qui a tout à craindre de la rage, et le chien, qui a tout à redouter des rigueurs de la préfecture de police, la paix est donc parfaitement possible. « Que messieurs les chiens commencent », dirons-nous seulement en souvenir d'un mot célèbre. Que leurs maîtres et eux obéissent d'une manière absolue aux règlements en vue de la prophylaxie de la rage chez l'homme. Ils éviteront ainsi les pénalités sévères qui doivent frapper les contrevenants et nous arriverons, de notre côté, à prémunir l'humanité contre un des plus terribles fléaux qui puissent l'atteindre.

DISCUSSION

M. CAZALIS : Je désirerais appeler l'attention de la Société sur une médication employée surtout en Savoie et qui paraît donner d'excellents résultats : c'est la cautérisation par le beurre d'antimoine. Je citerai notamment le cas d'un enfant mordu le matin, qui ne fut cautérisé que dans la journée et qui guérit. A Chambéry, la plupart des médecins ont abandonné la cautérisation au fer rouge qui a l'inconvénient d'effrayer beaucoup les malades et s'en tiennent au beurre d'antimoine dont ils se trouvent d'ailleurs très bien. On m'a affirmé que même au troisième jour après la morsure ils obtenaient des guérisons.

M. JULLIARD : Pour répondre à un point du réquisitoire de M. Mathelin, je rappellerai que l'Administration n'est pas complètement désarmée vis-à-vis des propriétaires de chiens dangereux. Des pénalités ont, en effet, été édictées contre les personnes qui ne veulent pas laisser abattre leurs chiens atteints de la rage. Quant au mode de traitement sur lequel M. Cazalis vient d'attirer l'attention de la Société, je le mets en pratique toutes les fois, — et les cas ne sont pas très rares, — qu'on m'amène quelqu'un mordu par un chien enragé ou soupçonné de rage ; malheureusement, la plupart du temps je n'en connais pas les résultats attendu que je n'ai pas l'occasion de revoir ces personnes. Je ne pourrai donc guère témoigner de son degré d'efficacité, mais, ce qui est bien certain et ce que j'ai pu parfaitement constater, c'est que le beurre d'antimoine est plus aisé à employer que le fer rouge dont la vue seule effraye tellement le malade qu'elle rend parfois impossible l'application de ce caustique, comme je l'ai vu notamment chez un enfant. J'ai dit que j'ai connu rarement les résultats des cautérisations pratiquées par moi ; je me rappelle cependant deux cas où l'on m'a tenu au courant des sujets cautérisés et où il y a eu guérison.

M. Édouard MICHEL : Je voudrais pouvoir partager l'optimisme de M. Cazalis ; mais il résulte de l'enquête à laquelle la commission de la Société s'est livrée il y a quelques années, que le beurre d'antimoine ne donne pas de meilleurs résultats que le fer rouge. Si l'on a remarqué que, d'une façon générale, les enfants guérissent plus aisément que les adultes, cela tient à ce que, chez les premiers, le moral n'est pas frappé.

M. Am. ROBIN : A propos de la gravité moindre de la rage chez les sujets jeunes, voici un fait que j'ai observé. J'ai été appelé à donner mes soins à un homme de 70 ans et à son petit fils mordus tous deux par un chien enragé. Le second guérit et le premier mourut juste au bout de six mois.

M. Édouard MICHEL : Divers auteurs ont rapporté des cas dans lesquels le sujet mordu n'est mort qu'au bout d'un temps très prolongé.

M. MATHELIN : Je dois reconnaître que l'Administration redouble de vigilance de temps en temps pour atténuer la fréquence des accidents redoutables dont nous parlons, et ce qui prouve bien l'efficacité des mesures prises, mais auxquelles on ne tient peut-être pas assez la main, c'est que dans le trimestre qui a suivi la mort du jeune Montigny, il y a eu une diminution considérable des cas de mort par la rage.

M. Édouard MICHEL : Les expériences faites avec l'électricité sur les malheureux atteints de a rage, ont un côté très intéressant en ce sens que si ce moyen thérapeutique ne guérit pas mieux que les autres, il permet cependant d'atténuer beaucoup et même de supprimer, un symptôme des plus pénibles, l'hydrophobie.

M. BOUTIN : Étant donné l'ignorance où se trouve le public des principaux symptômes aux-

quels on peut reconnaître qu'un chien est enragé, ces symptômes présentant d'autre part assez de netteté, ainsi que l'a établi M. Bouley, pour que tout propriétaire de chien puisse aisément les constater, M. Boutin voudrait que l'Administration les fit imprimer au verso des quittances qu'on reçoit en payant la contribution pour les chiens.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

*Les secrétaires,* J. CYR et DE FOURCAULD.

## FORMULAIRE

### MIXTURE CONTRE L'INAPPÉTENCE. — HUCHARD.

| | | |
|---|---|---|
| Teinture de gentiane, teinture d'écorces d'oranges amères, *ââ* | 10 | grammes. |
| Teinture de badiane | 15 | — |
| Teinture de cardamome composée | 3 | — |
| Gouttes amères de Baumé | 2 | — |
| Hydrolat de menthe | 10 | — |
| Eau distillée | 250 | — |

Mêlez et filtrez. — Une cuillerée à soupe, dix minutes avant chaque repas, pour stimuler l'appétit. — N. G.

## COURRIER

CONCOURS. — Cinq concours s'ouvriront le lundi 27 février 1882, à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille, pour cinq places de chef de clinique, deux pour la clinique médicale, deux pour la clinique chirurgicale et une pour la clinique d'accouchement. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'École un mois avant l'ouverture desdits concours.

NOUVELLE EXPÉRIENCE TÉLÉGRAPHIQUE.— Cette expérience, faite au Trocadéro, consiste dans la simple lecture de grandes lettres de zinc argenté, d'un mètre carré, fixées sur une planche noircie, à l'aide d'une lunette : elle avait lieu du Trocadéro au Panthéon sur une distance d'environ quatre kilomètres. L'inventeur est un officier de l'armée française ; il expose que dans des circonstances favorables il pourra lire ainsi les dépêches à une distance de 80 kilomètres.

L'HEURE ÉLECTRIQUE DANS LES VILLES DE PROVINCE. — Rouen et Besançon sont jusqu'à présent les seules villes de France reliées électriquement à l'Observatoire de Paris qui leur envoie chaque jour l'heure exacte.

Nous apprenons que Marseille va se décider à suivre cet excellent exemple.

M. le contre-amiral Mouchez, directeur de l'Observatoire de Paris, s'occupe actuellement de la réalisation pratique de cette idée, qui, mise en avant, il y a quelques années déjà, avait été momentanément abandonnée.

Il serait à désirer que cet envoi électrique de l'heure vraie s'étendît, sinon à toutes les grandes villes de l'intérieur, du moins aux ports de mer. Il y aurait une grande utilité pour les marins qui pourraient régler leur chronomètre avant de prendre la mer.

En Angleterre, ce service existe depuis assez longtemps. Chaque jour, à la même heure, les transmissions télégraphiques sont subitement suspendues dans toutes les directions, pendant les quelques minutes nécessaires pour que la pendule de l'Observatoire de Greenwich règle automatiquement les pendules de toutes les grandes villes et des ports du royaume.

C'est là une des bonnes choses que nous souhaiterions de voir la France emprunter à l'Angleterre. (*Les Mondes.*)

—



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## DE LA PÉRICARDOPLEURITE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 mars 1881,

Par le D[r] P. DUROZIEZ, ancien chef de clinique de la Faculté.

Nous ne nous occupons ici que de la péricardopleurite qui se rencontre à travers une attaque de rhumatisme articulaire aigu, et nous mettons avec intention le péricarde avant la plèvre, ayant remarqué, dans nos observations du moins, que la péricardite apparaît plusieurs jours avant la pleurésie. Nous devons craindre, quand nous constatons une péricardite intense, reconnaissable à son double ou triple frottement à timbre caractéristique, qu'il survienne tôt ou tard une pleurésie d'abord gauche, puis droite qui habituellement guérit, dans un temps parfois assez court, d'autres fois très long, mais peut tuer, quand elle prend la forme diaphragmatique, ou laisser des adhérences qui ne sont jamais favorables. Nous insistons ici sur la succession des accidents péricardiques et pleuraux; ils peuvent être simultanés; la pleurésie peut précéder la péricardite et le rhumatisme articulaire aigu, se développer enfin en dehors des autres facteurs du rhumatisme.

On verra que nos propositions diffèrent un peu de celles émises dans l'article *Rhumatisme* de Ernest Besnier (Dict. encyc. des sciences médicales), rempli de bonnes observations cliniques, d'excellents documents, de grand sens critique et d'honnêteté.

Ernest Besnier sépare avec soin les lésions pulmonaires des lésions pleurales, disposé à considérer la pleurésie comme une localisation plus fréquente que les autres manifestations de l'arthrorhumatisme sur les poumons. Pourquoi ne sépare-t-il pas la péricardite de l'endocardite? Peut-être y a-t-il un rapport plus immédiat entre les lésions des deux séreuses péricardique et pleurale qu'entre les lésions de l'endocarde et celles de la plèvre? C'est ce point que nous cherchons à établir.

Henri Roger n'a pas séparé l'endocardite de la péricardite et formule cette proposition qui nous étonne : « Quand dans un rhumatisme articulaire aigu chez les enfants il y a déjà complication de maladie du cœur, on peut prédire à peu près à coup sûr qu'une pleurésie va survenir à gauche et que probablement aussi elle sera

---

# FEUILLETON

## EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ.

### III

L'électro-physiologie; ses progrès. — Galvani et Volta. — La grenouille de Galvani et la souris de Coligno. — Arsenal électro-physiologique des laboratoires. — Métallisation des pièces anatomiques.

S'il est une science qui, à juste titre, doit occuper une large place dans le Palais des Champs-Élysées, c'est assurément l'électro-physiologie. Moyen précieux de recherches dans les laboratoires, elle est devenue, à notre époque, par de nombreuses applications aux sciences biologiques un puissant auxiliaire, bien qu'on en ait peut-être abusé quelquefois dans le diagnostic et le traitement de certaines affections. Et, de plus, comment ne pas le répéter, après M. le docteur d'Arsonval, le sympathique conférencier de l'Exposition d'électricité, n'est-ce pas une expérience d'électro-physiologie qui, entre les mains de Galvani, et par l'effort de son puissant génie, a été le point de départ de toutes les merveilleuses découvertes qui sont groupées dans le Palais de l'Industrie?

Si, comme on le dit, celui qui approche des grands hommes en retire toujours quelque gloire, il aurait bien quelque titre à la reconnaissance de l'humanité cet humble batracien, qui révéla à Galvani l'électricité animale, et qui conduisit Volta à l'invention de son admirable pile. Dans le culte des Sésostris, il aurait eu certainement place à côté du Crocodile, du bœuf Apis et des autres animaux mythologiques. Au lieu de cela, il n'a pas même eu les hon-

double. » Dans un autre endroit : « Quand le rhumatisme est compliqué de péricardite ou d'endocardite, il s'y ajoute très souvent une pleurésie gauche et souvent aussi une pleurésie double. »

Parmi les nombreuses observations de rhumatisme rapportées par M. H. Roger (*Arch. gén. de méd.*, 1866, 1867, 1868), où l'endocardite seule est notée, nous ne voyons pas la pleurésie signalée. Nous ne trouvons la pleurésie que lorsqu'il y a soit péricardite, soit endopéricardite. Nous ne pouvons reproduire ici les observations entières.

Les., âgé de 9 ans 1/2. Rhumatisme articulaire très léger, endocardite. Amélioration. Convalescence. Six semaines plus tard, *péricardite*, et, le lendemain, pleurésie gauche. Un mois plus tard, mort subite.

Renevey, âgée de 12 ans 1/2. Endo*péricardite* d'emblée à l'entrée le 4 janvier 1865. Pleurésie gauche le 7, pleurésie droite le 9. Ces complications mirent en danger la petite malade. Pas de douleurs articulaires. Elle quitte l'hôpital le 11 mars dans un état passable, mais avec une lésion du cœur. Elle rentre en avril. Rhumatisme des doigts de la main gauche. Elle succombe le 22 novembre. A l'autopsie, adhérences péricardiques, endocardite chronique.

Romazelle, âgée de 14 ans, entre le 30 janvier 1865 pour une première attaque de rhumatisme articulaire aigu. Début il y a deux ou trois jours, sans cause connue. Dès l'arrivée de la malade, on avait pu constater l'existence d'une *péricardite*. Trois jours plus tard, pleurésie double. La malade revint rapidement à la santé; mais, le 19 février, nouvel accès de fièvre avec retour d'un épanchement dans les deux plèvres, considérable surtout à gauche. Ces pleurésies se terminèrent encore par résolution, et, le 1er mars, il n'en restait plus trace, et au bout d'un mois, je renvoyai la malade guérie de son rhumatisme, mais conservant des adhérences du péricarde et une hypertrophie cardiaque avec lésion mitrale.

Tellier (Catherine), 10 ans, souffrant depuis quelques jours de douleurs articulaires aux membres inférieurs avec fièvre peu intense entre, le 17 janvier 1865. Dès le deuxième jour de l'entrée *endopéricardite*, et, deux jours plus tard, pleurésie double avec un épanchement qui en quarante-huit heures occupa la moitié inférieure des deux plèvres. Huit jours après, il n'en restait aucune trace. Au bout de trois semaines, léger accès de fièvre avec épanchement peu abondant de la plèvre gauche, lequel se résorba en quelques jours. Il restait à la sortie une affection du cœur.

Bœckel (Gustave), 14 ans, entre le 20 avril 1865. Douleurs articulaires avec fièvre légère qui disparurent en quelques jours. Mais, en même temps, il se plaignit d'une gêne notable de la respiration et de douleurs cardiaques. 92 respirations, pleurésie double, *péricardite* avec

---

neurs du bocal d'alcool, qui l'aurait fait figurer dans les armoires de l'Exposition rétrospective. Il n'est apprécié que des physiologistes pour leurs démonstrations et... des cuisiniers pour les qualités de sa chair et la tendreté de ses cuisses.

D'ailleurs, la postérité réserve quelquefois des revers encore plus cruels... même aux grenouilles. Voilà qu'un siècle plus tard, furetant dans un obscur et vieil ouvrage, un éminent bibliomane découvre un précurseur dans la souris de Cotugno.

Grenouille ou souris, peu importe. Mais l'anecdote n'est pas sans un certain intérêt de curiosité, tout au moins dans l'histoire de l'électro-physiologie. En 1786, à Naples, dans l'amphithéâtre où Cotugno enseignait l'anatomie, un jeune élève du célèbre médecin, absorbé, sans doute, — l'histoire ne le dit pas, — par l'attention qu'il prêtait à une dissection délicate, éprouve subitement une vive douleur à la partie inférieure de la jambe. Aussitôt d'y porter la main, de maudire et de saisir l'importun qui troublait ainsi son travail.

L'importun était une souris. Une souris savante peut-être, en appétit certainement, et, en tout cas, fort indiscrète. D'ailleurs, paraît-il, une souris n'était pas chose rare en 1786 dans un amphithéâtre; pas plus rare, sans doute, que les rats à Paris en 1881 dans certains laboratoires de physiologie. En tout cas, le blessé, fort mécontent de l'aventure, eut une vengeance, une vengeance d'anatomiste. Il étendit l'animal sur la table du laboratoire et entreprit de la disséquer. Mais, au contact de la lame du scalpel sur le nerf diaphragmatique, une secousse violente se produisit, véritable commotion qui causa même, d'après le témoignage du rédacteur du *Journal de Bologne pour* 1786, l'engourdissement du bras de l'opérateur.

Cotugno, répétant l'expérience, obtint à plusieurs reprises le même résultat et le même succès. Aussi, quelques années après, un certain Izarm, qui professait la physique en l'an VIII, au lycée Bonaparte, dans l'édition du *Manuel de galvanisme*, qui fut imprimée en 1805, n'hé-

épanchement. Quinze jours après l'entrée, la pleurésie double était guérie. Affection du cœur à la sortie.

Laurent (Nicolas), 14 ans, entre le 7 janvier 1864. Rhumatisme polyarticulaire aigu qui s'améliore assez vite, mais qui, trois jours plus tard, se complique d'une *péricardite* avec épanchement. Celui-ci diminuant en même temps que reprend un peu le rhumatisme, une pleurésie double apparaît le 18 janvier; l'épanchement pleural baisse; chorée. L'épanchement péricardique diminue. L'enfant sort le 13 mars.

Boudringa, âgée de 12 ans, entre le 7 septembre 1864 pour un rhumatisme polyarticulaire. Dès les premiers jours, endo*péricardite*, puis pleurésie. Rentrée en 1865, elle a succombé aux progrès de la lésion du cœur. Adhérences du péricarde. Rétrécissement et insuffisance mitrale.

Carteron (Marie), 12 ans. Chorée. Affection organique du cœur. Depuis un mois, rhumatisme articulaire aigu. Quelque temps après l'entrée, bruit de frottement (endo*péricardite*) et épanchement pleurétique gauche. Un bruit de frottement de la plèvre se joignit à celui du péricarde.

Watelier (Pauline), 13 ans. Rhumatisme polyarticulaire. P. 132. Endocardite, *péricardite*, légère pleuro-pneumonie droite, puis pleurésie gauche (frottement pleural).

*Age.* — Dans nos observations de péricardopleurite rhumatismale, nous en trouvons 10 de 17 à 25 ans, 1 à 33, 1 à 37.

Dans les observations de M. Bernard, nous rencontrons 16 ans 2 fois, 23, 28, 43.

Dans les observations de M. Roger, nous trouvons 10 ans 2 fois, 12 ans 2 fois, 13 ans 2 fois, 14 ans 3 fois.

C'est donc entre 10 et 25 ans que l'observation fournit le plus de cas de péricardopleurite rhumatismale.

Pour M. Roger, le rhumatisme est exceptionnel avant l'âge de 3 ans : cette opinion est celle de tous les auteurs.

Il en est de même de la péricardite, qui est commune dans la seconde enfance à partir de 7 ans. Pour MM. Rilliet et Barthez, les cas les plus nombreux étaient chez des enfants de 11 à 15 ans. En somme, la péricardite se montre surtout chez les jeunes. D'après Blache fils, elle est, chez l'enfant, beaucoup plus fréquente qu'on le pense généralement, et il n'y a pas peut-être de maladie plus souvent méconnue.

---

sita pas à voir dans cette expérience la première découverte de l'électricité animale. La souris de Cotugno aurait donc été de quatre ans le précurseur de la grenouille de Galvani.

L'anecdote est-elle vraie ou n'est-elle qu'un vulgaire canard imaginé par un mystificateur en belle humeur? Qu'importe! L'interprétation qu'un accident d'expériences avait mise en évidence sur la grenouille de Galvani, devait, par les discussions qu'elle provoqua, fixer pour longtemps l'attention du monde savant. D'un accident dû au hasard sortit ce fécond et mémorable débat dans lequel Galvani et Volta discutèrent avec énergie, ayant leurs merveilleux appareils pour armes et leurs admirables découvertes pour arguments.

Aussi, les organisateurs de l'Exposition ont eu une heureuse idée de grouper dans une classe spéciale les célèbres instruments qui furent employés par ces illustres savants, et dont l'ensemble constituerait une histoire de l'électricité et permettrait d'en étudier en particulier chacune des époques successivement. Malheureusement, nombreuses sont les lacunes dans ce musée rétrospectif, qui constitue en quelque sorte l'arsenal des premières armes de l'électro-physiologie.

C'est en vain qu'on y cherche les instruments de Galvani. Le temps ne les a-t-il pas respectés? ou bien est-ce oubli ou négligence de la part de la ville de Bologne, qui aurait dû exposer de si précieuses reliques; fussent-elles seulement réduites au mince fil de laiton dont Galvani fit usage dans son expérience fondamentale? Plus soucieux de leur gloire, ou moins dépourvus de ces richesses scientifiques, l'Université de Padoue et le Musée de Florence ont envoyé avec une légitime fierté les instruments qui ont servi à Galilée.

L'Université de Pavie, l'Institut de Milan, le Lycée de Côme, qui se partagent les reliques de l'inventeur de la pile électrique, exposent, parmi les nombreux instruments ayant appartenu à Volta, des lames métalliques qu'il employait pour étudier chez la grenouille l'électri-

*Sexe.* — Nous notons, dans nos 13 observations de péricardopleurite rhumatismale, 11 hommes et 2 femmes.

M. Roger, dans les observations que nous avons réunies, fournit 3 enfants du sexe masculin et 6 du sexe féminin. M. Bernard donne 2 hommes et 3 femmes.

Le rapport n'est pas toujours le même; les séries varient. Pourtant nous avons été frappé de la prédominance des individus du sexe masculin dans la péricardite soit aiguë, soit chronique, rhumatismale ou non.

Les observations de péricardite, dans le *Traité des maladies du cœur* de Bouillaud, fournissent 35 hommes et 8 femmes seulement.

Rilliet et Barthez, parmi les 24 malades atteints de péricardite, comptent 21 garçons et 3 filles, et disent que, dans les faits rapportés par les auteurs, le nombre des garçons prédomine.

*Fréquence.* — Les cas de péricardopleurite rhumatismale ne sont pas rares, puisque nous avons pu recueillir 13 observations. Dans le *Traité des maladies du cœur* de Bouillaud, l'article PÉRICARDITE nous en fournirait facilement une dizaine de cas. Sur 7 observations de complications du rhumatisme articulaire aigu, M. Bernard cite 5 cas de pleuropéricardite.

Sur 21 cas de péricardite rhumatismale, Leudet a trouvé la pleurésie 6 fois. H. Roger nous fournit 9 cas de péricardopleurite rhumatismale. Quant à sa proposition que, toutes les fois que dans un rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant il y a endocardite ou péricardite, la pleurésie ne tardera pas à paraître, elle est en contradiction absolue avec les faits cités par H. Roger lui-même. Nous ne trouvons la pleurésie que dans les cas où il y a péricardite.

*Diagnostic.* — Tous les médecins savent par expérience que, quelquefois, assez souvent, la péricardite passe inaperçue. Les signes manquaient-ils, ou n'a-t-on pas su les relever? Le seul pathognomonique est le double ou triple bruit de frottement à timbre caractéristique, accepté par tous les médecins. Les signes de l'épanchement sont plus contestés. Beaucoup de médecins nient que la percussion du cœur donne des résultats, les autres basent le diagnostic de l'épanchement sur l'augmentation de la surface de matité. La matité, dans le deuxième espace gauche et dans le cinquième, est produite par le liquide. La matité, au-dessous et en dehors de la pointe, dépend du liquide. Les uns insistent sur la douleur, les autres

---

cité par le contact, des électrophores, des électromètres, et jusqu'à un mortier électrique en cire, modelé par les propres mains de l'illustre physicien. Cette exposition ne présente donc pas seulement un intérêt de curiosité, elle est aussi un puissant moyen d'instruction. C'est ainsi qu'on peut suivre jusqu'à nos jours les progrès de l'électro-physiologie, se rendre compte de l'état actuel et des procédés de cette science.

L'existence et la démonstration des propriétés électriques des tissus vivants, et, en particulier, des muscles et des nerfs, avaient été incontestablement établies par Volta et Galvani. L'interprétation des phénomènes observés devint l'origine de théories que, en Italie surtout, on cherchait à appuyer par des recherches nouvelles.

De là, par exemple, les expériences de Nobili, qui conduisirent leur auteur à la construction du galvanomètre. Le cabinet des *anciens instruments d'astronomie et de physique du Musée de Florence* a fait transporter dans une des vitrines de la section italienne le premier galvanomètre à aiguilles astatiques présenté, en 1826, à la Société italienne. Cet instrument, qui, plus tard, devait avoir un rôle si important dans l'étude de l'électricité en mouvement et de sa circulation dans les câbles sous-marins et les fils aériens de la télégraphie, était donc, comme la pile, le résultat indirect d'expériences électro-physiologiques.

Les constructeurs d'instruments de physique ont exposé de nombreux modèles de galvanomètres, parmi lesquels celui de M. Marcel Deprez est certainement un des plus remarquables. L'étude des courants électriques, et en même temps la possibilité de noter, par la déviation de l'aiguille aimantée, les moindres variations thermiques, donnent à cet instrument une place importante dans l'arsenal des laboratoires.

Le lycée Spallanzani de Reggio expose aussi plusieurs instruments que Nobili employait dans ses expériences électro-dynamiques; et l'Université de Modène, les ingénieux appareils au

sur l'absence de la douleur, personne ne disant que la péricardite est toujours douloureuse, personne qu'elle est toujours indolore. La douleur dépend, dit M. Bouillaud, du retentissement sur le nerf phrénique et sur les nerfs intercostaux. Douleur spontanée, douleur à la pression, nous devons la rechercher avec soin, de même que la première oppression. On abuse probablement un peu de la pression des nerfs et des ganglions, et on néglige des pleurésies graves.

*Début.* — M. Bouillaud dit que parfois la péricardite nait avec le rhumatisme articulaire aigu et ne se trahit par des signes évidents que plus tard; il y a des cas où la péricardite précède les lésions des jointures et d'autres où elle ne se fait sentir que plusieurs semaines après celles-ci. Un délai de trois jours entre les premiers symptômes et les premiers signes physiques de la péricardite est très acceptable. Freidreich admet que la péricardite peut survenir à toutes les périodes du rhumatisme articulaire aigu, mais le plus fréquemment dans la deuxième semaine et à l'apogée de celui-ci. Dans nos observations, la péricardite apparaît assez souvent le sixième jour; les dates varient de trois jours à deux mois; s'il nous fallait fixer un maximum, nous dirions la fin du premier septénaire.

Quant à la pleurésie, Ernest Besnier fixe au deuxième septénaire le maximum des localisations pleurales. Ce chiffre est très aventuré. La pleurésie apparaît à des époques variées par rapport à la péricardite; le plus souvent elle vient après celle-ci et commence par le côté gauche.

*Durée.* — La durée de la péricardopleurite est à peu près celle de la péricardite dont on entend les bruits avant et longtemps après ceux de la pleurésie. Peut-on dire que la maladie existe encore parce qu'on entend quelques froissements? La température, le pouls, l'état général nous guideront mieux, à moins que les signes physiques soient très accusés. Le séjour du malade à l'hôpital peut fournir une donnée approchant de la vérité. Ce séjour est, en général, long, cinquante, soixante et cent jours; nous ne parlons que des observations rapportées ici, où un traitement énergique a été déployé. La question des rechutes est délicate. On abrège la durée de la maladie en admettant comme convalescence une simple rémission. Nous englobons dans une même attaque toutes les rechutes non séparées par un nombre suffisant de jours et de semaines. Il y a sans doute des imprudences commises, mais si le malade retombe, n'est-ce pas parce que la maladie n'était pas complètement éteinte et cherchait la moindre excitation pour se raviver?

---

moyen desquels Marianini étudiait les altérations des tissus chez des grenouilles soumises à l'influence d'une circulation d'électricité.

Enfin, en Allemagne, ces recherches furent, et sont encore l'origine de longues discussions et de nombreuses publications sur le courant induit, la variation négative, etc., etc. Les compilations écrites sur ces sujets arides suffisaient déjà assurément pour remplir une bibliothèque. Mais la découverte de l'électro-tonus a été l'occasion nouvelle de faire des variations sur le même thème. Des milliers de rames de papier furent noircies par des adversaires plus prompts à s'envoyer des livres à la tête qu'à s'opposer des expériences décisives.

C'est que, dans l'Allemagne de 1881, comme dans celle de 1870, suivant les heureuses expressions du regretté Fernand Papillon, « il en est des travaux et des mémoires scientifiques comme des aliments : ce n'est pas la qualité qui importe, c'est la quantité (1) ». Et maintenant, après tant de livres et de discussions, la question de l'électro-tonus est restée...... une querelle d'Allemands.

Quelles différences avec le génie inventif de Galvani et de Volta, se manifestant, à chaque instant, à la fois par la spontanéité et l'initiative dans les conceptions et par une exécution toujours féconde en heureux résultats ! Aussi l'électro-physiologie actuelle d'outre-Rhin, malgré ses multiples ressources, ne témoigne-t-elle de son activité scientifique dans ces importantes questions que par l'exposition, au nom de l'Institut physiologique de l'Université de Berlin, des appareils de M. du Bois-Reymond, et des instruments inventés par le docteur Hermann-Aubert pour l'étude de l'électro-tonus ! Singulière exhibition pour des hommes qui s'attribuent la mission de tout courber sous leur loi : en tout cas bien mesquine, pour

(1) *Revue scient.*, 1872, p. 904.

*Terminaison.* — La terminaison par la mort n'est pas absolument rare. La guérison par adhérences n'est qu'une guérison relative, surtout pour le péricarde; les morts subites se rencontrent assez souvent dans la symphyse cardiaque dont le diagnostic est encore chanceux.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

## BIBLIOTHÈQUE

**RECHERCHES ANATOMIQUES ET CLINIQUES SUR LE FAISCEAU SENSITIF ET LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LES LÉSIONS DU CERVEAU**, par le docteur Gilbert BALLET. Paris, 1881. — Delahaye et Lecrosnier.

Les études sur la pathologie du système nerveux central ont eu pour objet depuis quelques années, sous l'influence puissante et féconde du professeur Charcot, la détermination des territoires cérébraux de la motilité. Mais la détermination des localisations cérébrales sensitives est beaucoup moins avancée. En effet, les troubles de la sensibilité sont plus difficiles à étudier et à localiser. Leur histoire a donc été mise de côté au milieu de l'entraînement général qui emportait les esprits vers l'étude des localisations motrices. Le travail du docteur Ballet est une tentative heureuse de coordination et de groupement des recherches entreprises sur les troubles de la sensibilité dans leurs rapports avec les lésions cérébrales.

L'anatomie devant servir de base à un tel travail, le premier point était donc la détermination du trajet des fibres conductrices de la sensibilité et de leur distribution dans la capsule interne et dans l'écorce cérébrale. La technique de cette étude a consisté dans la décortication de chaque hémisphère cérébral; son durcissement par le séjour dans des solutions de bichromate de potasse, et l'emploi d'abord de la coupe oblique de Flechsig et ensuite d'autres coupes verticales parallèles et successives, à savoir : coupe *verticale intra-capsulaire* du faisceau sensitif; coupe *latéro-ventriculaire*; coupe *rétro-ventriculaire*. On a pu constater de la sorte que les fibres centripètes du faisceau sensitif aboutissent dans les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, au moins dans leurs parties supérieures, dans celles du lobule pariétal et dans les circonvolutions occipitales et temporo-sphénoïdales. Quant aux cellules destinées à l'élaboration des impressions, elles sont encore indéterminées, et le rôle des *cellules solitaires* de Meynert n'est pas encore suffisamment connu.

L'étude clinique des anesthésies d'origine capsulaire (par altérations des fibres blanches conductrices) et des anesthésies d'origine corticale (par lésions des couches corticales, c'est-à-dire des centres de perception) fait l'objet de la deuxième partie du travail du docteur

---

l'orgueilleuse Université, dont un des professeurs au moins est encore tristement célèbre parmi les savants français. On n'a certes pas oublié le nom du physiologiste qui, parlant officiellement, en 1870, au nom de l'Université de Berlin, sonnait la curée contre la France (1).

Cependant cette grande discussion scientifique devait être close de nos jours définitivement par un Français, à l'aide du téléphone, par des expériences décisives.

Le téléphone, dans les recherches du docteur d'Arsonval, dont les expériences ont été répétées avec succès dans une conférence à l'Exposition d'électricité, a donné la solution de ces questions. Les contractions musculaires de la patte de la grenouille se traduisent, comme on le sait, par un son dans le téléphone. Réciproquement en faisant vibrer le téléphone au moyen d'un son d'une tonalité élevée, on provoque des contractions dans les muscles de la grenouille. Cette expérience si élégante et si nette, complétée par un dispositif des plus simples, dû au même physiologiste, tranche la question et montre l'origine mécanique de ces phénomènes et, en même temps, l'inanité des théories chimiques et physiques de la variation négative.

L'emploi du téléphone est un procédé d'investigation d'une grande importance pour les recherches biologiques. Le nombre des modèles de téléphones, de microphones etc., exposés par les divers constructeurs en est déjà une preuve. Mais cet appareil n'a pas encore donné tous les résultats qu'il y a lieu d'en attendre. C'est donc un instrument de l'avenir, à ce point de vue, du moins.

Les propriétés électriques des nerfs ont été l'objet d'études dont le point de départ a été le même, et de travaux non moins nombreux et non moins célèbres, à propos desquels on ne peut oublier, parmi d'autres illustres savants, le nom de Matteucci, dont malheureusement les appareils ne figurent pas dans l'Exposition rétrospective de la section italienne.

(1) *Revue scient.*, 1871, p. 194.

Ballet. De nombreuses observations empruntées à divers auteurs ou bien originales, conduisent à cette conclusion, que si les lésions destructives du carrefour sensitif (portion postérieure de la capsule interne) se traduisent par une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète; cependant il est d'autres lésions du noyau lenticulaire qui produisent l'abolition de la sensibilité générale avec conservation des sensibilités spéciales. De plus, en sortant du carrefour, ces fibres se rendent dans l'écorce cérébrale, dans un vaste territoire sensitif où il est impossible de distinguer des centres nettement délimités. On peut donc admettre une zone sensitive, comprenant toute la portion de l'écorce située en arrière du pied des circonvolutions frontales. Dans ce territoire se trouve comprise la zone motrice.

La dissémination des organes d'élaboration des impressions sensitives explique l'établissement rapide de la suppléance au moyen des circonvolutions encore intactes, et, par conséquent, la nécessité d'une destruction très étendue, presque complète même, des couches corticales pour la production d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète. En un mot, il existe une zone sensitive, mais non pas des centres sensitifs.

A un autre point de vue, cette conclusion du docteur Ballet et des analogies remarquables avec la doctrine que, relativement aux territoires moteurs, quelques non-localisateurs opposent à la théorie de Ferrier, quand, au moyen d'expériences physiologiques, ils établissent l'existence d'une *zone motrice* et refusent d'admettre qu'il existe dans cette zone des centres moteurs nettement limités. C'est évidemment sur ce terrain que se fera quelque jour la conciliation entre les médecins localisateurs et les physiologistes non-localisateurs.

Ch. Éloy.

# Congrès médical international

**Section des maladies de la gorge.**

Après l'*Address* inaugurale du président, M. Garcia prit la parole pour raconter les diverses phases par lesquelles il avait passé pour inventer le laryngoscope.

Le docteur Vivian Poore fit une communication sur un cas de pont membraneux réunissant les cordes vocales, chez une fille de 13 ans. Cette anomalie était congénitale. Les membres de la section, après examen du cas, furent d'avis que, si toutes ces anomalies ne sont pas généralement congénitales, celle qu'ils avaient sous les yeux l'était certainement.

Un travail de M. Rombold (de Saint-Louis) eut pour but de démontrer que le pulvérisateur était le meilleur moyen d'appliquer les topiques à la partie supérieure des voies respiratoires, et d'enlever les sécrétions morbides des surfaces malades sans causer la moindre irritation.

---

Les pinces électriques, les appareils d'induction, les excitateurs de diverses formes constituent l'arsenal de ces recherches; le nombre en est considérable dans les vitrines des divers électriciens. En général, ils ne diffèrent entre eux que par des artifices de construction. Toutefois, il est équitable de constater que les instruments de nos fabricants se distinguent par cette habituelle élégance qui fait certainement, ici comme ailleurs, la supériorité des ouvriers français.

— L'électricité animale, si difficile à étudier dans les tissus animaux, était, on le savait depuis longtemps, abondante chez les poissons électriques. Une lettre de Volta et un manuscrit de Galvani, exposés dans la classe de bibliographie de l'Exposition italienne, sont des preuves authentiques et d'autant plus précieuses qu'elles sont nouvelles, des recherches de ces savants sur la nature et les causes du fluide électrique de certains poissons. D'ailleurs, bien avant Galien, les anciens médecins grecs conseillaient l'emploi thérapeutique de la torpille pour calmer les douleurs rhumatismales, et, à la Guyane, à la fin du siècle dernier, on fit usage des gymnotes dans le même but.

Toutefois, la démonstration expérimentale et l'étude raisonnée du flux électrique de la torpille et de la gymnote est une œuvre française trop récente pour qu'il soit utile d'insister sur les travaux de l'éminent et ingénieux savant qui en est l'auteur. Le laboratoire de physiologie du Collège de France a envoyé les appareils complets dont M. le professeur Marey s'est servi dans ses célèbres recherches. De plus, un tableau reproduit les tracés des flux électriques successifs de la torpille, obtenus au moyen du chronographe enregistreur et des appareils de M. Marcel Deprez; tracés qui permettent d'établir ainsi la loi des secousses et de leur retard. Enfin, ces travaux ont une valeur d'autant plus grande qu'ils ont été complétés, comme on ne saurait l'oublier, par les recherches sur l'électricité de la raie, entreprises par MM. Pouchet et Robin au laboratoire de zoologie de Concarneau.

*Traitement local de la diphthérie.* — La discussion sur ce sujet fut ouverte par un mémoire de M. Morell Mackenzie sur les indications et contre-indications des topiques les plus habituellement employés. La *glace* est utile à la première période, *intùs et extrà*. Elle est contre-indiquée lorsqu'elle provoque de la douleur, chez les jeunes enfants, dans les périodes avancées, et surtout quand il existe de la gangrène.

Les *inhalations de vapeurs* sont très utiles lorsque la fausse membrane semble vouloir se détacher et qu'elle occupe le larynx ou la trachée. Les *dissolvants*, appliqués sous forme de nuage, ou à l'aide du pinceau, sont souvent du plus grand secours. L'eau de chaux et l'acide lactique sont les meilleurs. Les *antiseptiques* sont très importants : tels l'acide phénique, le permanganate de potasse, l'hydrate de chloral; le dernier est le plus sûr. Les *vernis*, c'est-à-dire les médicaments qui mettent la fausse membrane à l'abri du contact de l'air, comme le tolu dissous dans l'éther, qui est le plus utile, rendent aussi de grands services. L'emploi de cet agent n'est aucunement incompatible avec l'usage d'autres moyens locaux (glace, vapeurs). Les *caustiques* sont toujours nuisibles. Les *astringents* sont inutiles et parfois nuisibles.

Cette pratique fut défendue par la plupart des orateurs.

Il y eut unanimité presque complète (sauf de la part du docteur Nix) contre l'arrachement des fausses membranes suivi de la cautérisation de la surface dénudée. La glace, au début, et les inhalations de vapeurs, phéniquées ou non, à la fin, furent généralement recommandées, entre autres par M. Tobold (de Berlin). L'acide lactique et l'eau de chaux furent donnés comme les meilleurs dissolvants, et l'acide borique comme un excellent antiseptique. Le docteur Lennox Browne conseille l'ablation des amygdales hypertrophiées, même pendant une attaque de diphthérie, quand elles gênent la respiration.

*Pathologie de la phthisie laryngée.* — Le point important de cette discussion fut la difficulté de reconnaître la phthisie laryngée au début, et de la différencier de la syphilis. M. Krishaber considère que ce diagnostic est très facile à faire pendant la vie; au contraire, M. Rossbach (de Wurzbourg) pense que le diagnostic certain de la tuberculose du larynx n'est possible que s'il existe en même temps des phénomènes de tuberculose pulmonaire; sans cela, les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques ne peuvent être distinguées les unes des autres que par la manière dont l'iodure de potassium agit sur elles. De son côté, M. Frankel (de Berlin) dit que le traitement par l'iodure de potassium n'est pas non plus un critérium sûr, parce que ce médicament amène parfois la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses. Quant au pronostic, celui des laryngologistes qui prirent la parole fut en général plus favorable que celui des médecins. MM. Gerhardt et Rossbach, entre autres, se prononcèrent en faveur de la curabilité absolue de la maladie.

La discussion sur les symptômes laryngoscopiques dépendant de lésions ou de maladies des nerfs moteurs du larynx fut l'occasion de deux communications importantes du professeur

---

L'électricité physiologique française n'est donc pas décadence, et peut, par conséquent, causer encore quelque ombrage à la science et à l'humeur de nos ombrageux voisins de l'Est.

L'enregistrement de la puissance électrique de ces poissons est certainement une des plus curieuses découvertes de la biologie. On a pu reconnaître, comme on le sait,que la gymnote engendrait un flux électrique équivalent en puissance à un courant capable de déposer 8 grammes d'argent à l'heure, et d'une tension suffisante pour produire des étincelles électriques.

On le voit dans ces expériences, l'électro-physiologie emprunte à la physique la rigueur de ses procédés et devient presque une science exacte, capable d'enregistrer, de mesurer et de peser les actions électriques d'origine animale. Il y a loin de ces méthodes pleines d'exactitude aux dissertations interminables sur l'électro-tonus!

C'est, en effet, à l'introduction des instruments enregistreurs, dont le savant professeur du Collège de France a été le promoteur, et à l'emploi de l'électricité dans les laboratoires de physiologie, que cette précision s'est introduite dans les expériences. La physique moderne a donc rendu à l'électro-physiologie, sous une autre forme, ce que cette science lui avait prêté au temps de Galvani, de Volta et de Nobili. Déjà, dans certains laboratoires de physiologie, les machines magnéto-électriques fournissent le mouvement. C'est ainsi qu'au Collège de France, dans le laboratoire de médecine expérimentale, le moteur électrique de M. Marcel Deprez met en mouvement l'appareil à respiration artificielle.

Les chronographes à mouvements électriques ou à diapason sont déjà préférés aux enregistreurs à mouvement d'horlogerie, et on peut voir dans la section russe de l'Exposition, un polygraphe électro-chimique qui permet d'obtenir les courbes de pulsation et de respiration. Cet appareil est employé à la clinique des maladies mentales de Saint-Pétersbourg depuis trois ans. Bientôt peut-être l'électricité deviendra un moyen usuel de rechercher les tempéra-

Gerhardt (de Wurzbourg) et du professeur Lefferts (de New-York). Elle se concentra surtout sur le fait, prouvé anatomiquement et cliniquement, que les fibres motrices du récurrent participent aux affections aussi bien centrales que périphériques de ce nerf. M. Gerhardt pense que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne doit faire aucune hypothèse prématurée pour expliquer ce fait curieux.

A propos des *névroses de la sensibilité du pharynx et du larynx*, le professeur Schnitzler (de Vienne) fit une communication courte, mais pratique, et le professeur Elsberg (de New-York) avait envoyé un travail d'ensemble lu en partie par M. Morell Mackenzie.

Dans la discussion sur la formation du mucus dans le larynx et la trachée, M. Rossbach soutint que la sécrétion était indépendante de l'influence nerveuse centrale, et uniquement sous la dépendance de cellules nerveuses périphériques situées dans l'épaisseur de la muqueuse elle-même. M. Frankel fit remarquer que les conditions de la trachée, sur lesquelles M. Rossbach avait basé son opinion, étaient différentes de celles du nez et du pharynx, où les phénomènes sont cependant les mêmes.

M. Bayer (de Bruxelles), dans son mémoire sur l'*influence des organes génitaux chez la femme sur la formation de la voix*, énuméra en détail toutes les conséquences possibles de la relation qui existe entre ces deux fonctions. MM. Frankel et Simon insistèrent sur la nécessité de réserver le pronostic dans ces cas, parce que, même lorsqu'ils paraissent dépendre d'une affection utérine, les troubles laryngés ne disparaissent pas nécessairement après sa guérison.

La discussion sur le *traitement extra et intra-laryngé des tumeurs du larynx* fut ouverte par MM. Fauvel (de Paris) et Burow (de Konigsberg). Ces deux praticiens se prononcent en faveur de l'ablation par les voies naturelles et rejettent absolument celle qui a lieu après ouverture préalable du larynx et de la trachée. M. Burow dit qu'on ne doit avoir recours à la méthode extra-laryngée que lorsqu'un laryngologiste expérimenté a reconnu l'impossibilité du traitement intra-laryngé; il fait seulement exception en faveur de la thyrotomie dans certains cas. M. Solis Cohen (de Philadelphie) et M. Lefferts (de New-York) sont plus favorables à l'ouverture artificielle que leurs confrères allemands, mais ils la réservent à certains cas exceptionnels.

M. Semon exprima la pensée, accueillie par un assentiment général, que l'ablation des tumeurs intra-laryngées doit rester entre les mains des laryngologistes qui ont consacré une attention spéciale à ce sujet. M. Krishaber soutint que, chez les enfants, l'ablation des tumeurs intra-larnygées peut être accomplie assez facilement en guidant la pince dans le larynx sur l'index, et en saisissant la tumeur sans se servir de miroir.

***Résultats du traitement mécanique des rétrécissements du larynx.*** — M. Koch rejette le cathétérisme et le tubage de la glotte, surtout dans les affections aiguës, et dans les cas chroniques préfère la trachéotomie ou la laryngotomie, soit simple, soit suivie d'excision d'une partie

---

tures animales. On connaît d'ailleurs les sondes thermo-électriques employées avec succès par Claude Bernard dans l'étude de la température du sang, et on peut remarquer, dans l'Exposition actuelle, un instrument thermo-graphique du professeur Rosetti, directeur de l'Institut de physiologie de Florence. Application ingénieuse de la pile de Melloni, cet appareil consiste dans l'emploi de couples thermo-électriques, et permet de déterminer la température périphérique des diverses régions du corps.

Enfin, et c'est là une des plus admirables applications de l'électro-chimie aux sciences biologiques, la métallisation des tissus organisés au moyen de la galvanoplastie fait acquérir aux préparations les plus délicates une durée considérable. Les cerveaux entiers ou divisés par des coupes classiques, les pièces diverses d'anatomie des régions, exposés par le professeur Oré, de la Faculté de Bordeaux, sont d'une conservation parfaite et d'une remarquable netteté dans tous leurs détails. Donner aux plus fragiles des tissus vivants, par cette sorte de pétrification métallique, la durée et la résistance du bronze, est une ingénieuse découverte. Quel intérêt historique auraient, de nos jours, les grenouilles de Galvani, ou les préparations de Scarpa, ainsi métallisées et conservées!

Aussi, et c'est là notre conclusion, l'électro-physiologie, science encore jeune, car elle date de notre siècle, tient une place considérable dans ce mouvement de progrès dont l'Exposition d'électricité est la magnifique manifestation. Quels sont les bénéfices que la médecine a déjà recueillis ou pourra tirer de ces admirables découvertes? C'est ce qu'il sera peut-être permis d'établir par l'examen des applications de l'électricité, et par l'exposition des instruments d'électro-thérapie. Sur ce point, comme sur les autres, la médecine française n'a pas encore démérité.

D<sup>r</sup> Ch. Eloy.

du larynx. M. Hering (de Varsovie) lut un mémoire basé sur 100 cas dans lesquels les différents modes de traitement ont été employés. Il pose les indications et contre-indications de la dilatation et en attribue l'insuccès non à l'insuffisance de la méthode, mais au manque de patience de la part du malade ou du chirurgien ou à ce qu'elle ne convenait pas au cas particulier. Cette opinion fut partagée par tous ceux qui prirent part à la discussion.

La discussion sur les *indications de l'extirpation complète ou partielle du larynx*, ouverte par le docteur Foulis, de Glascow, montra une grande différence d'opinion entre les chirurgiens et les laryngologistes, les premiers reconnaissant un plus grand nombre de cas que les seconds, parmi ceux qui sont justiciables de l'opération. M. Schech (de Munich) et Czerny (de Heidelberg) défendirent surtout l'extirpation du larynx.

M. Voltolini (de Breslau) et M. Solis Cohen ouvrirent la discussion sur l'*emploi de la méthode galvano-caustique dans les opérations sur le nez, le pharynx et le larynx*, à laquelle prirent part MM. Cadier (de Paris), Lange (de Copenhague), Foulis (de Glascow) et Lennox Browne (de Londres). L'opinion générale fut favorable à cette méthode pour le nez et le pharynx; pour le larynx, son utilité fut plus douteuse. En général, M. Foulis préfère le cautère actuel au galvano-cautère.

Dans son travail sur la pathologie du catarrhe nasal, le docteur Bosworth (de New-York) soutint que la rhinite atrophique était une affection primitive et non une période secondaire de la variété hypertrophique.

Citons encore un travail de M. Justi (d'Idstein am Taunus) sur le traitement local de la coqueluche par l'insufflation d'une poudre composée de quinine et de salicylate de soude; et une note de M. Guinier (de Cauterets) sur le rôle de la portion libre de l'épiglotte et des fossettes glosso-épiglottiques.

*Végétations adénoïdes de la voûte du pharynx.* — M. Meyer (de Copenhague), qui a le premier attiré l'attention sur cette affection, présenta une étude complète de la question au point de vue clinique, historique et thérapeutique. Ses opinions furent confirmées par celles de M. Lœwenberg. Tous deux firent remarquer combien cette affection passe souvent inaperçue, et insistèrent sur l'importance d'y porter plus d'attention, car elle est très fréquemment la cause de troubles auriculaires, de voix nasonnée et même d'affections de la conjonctive. Ces tumeurs se rencontrent presque exclusivement dans l'enfance et dans la jeunesse et rarement après vingt-cinq ans. Quant au traitement, divers moyens furent conseillés; on recommanda surtout l'ablation par l'instrument tranchant (Meyer, Lowenberg, Woakes), l'ongle (Guye), en insistant sur la nécessité de surveiller les récidives. D'après M. Woakes, il y aurait une tendance à la guérison spontanée après un certain âge.

*Sur la nature et le traitement de l'ozène.* — MM. Frankel (de Berlin), Fournié (de Paris), Spencer Watson, Justi et Guinier, qui prirent la parole à ce sujet, émirent des opinions très diverses. M. Krause pense que la fétidité, qui est l'élément principal dans ces cas, est due à la formation de graisse et à la décomposition d'acides gras. On fut d'avis, en général, que la guérison radicale n'était guère possible; pour traitement palliatif, on recommanda les douches pharyngo-nasales, l'emploi du tampon de Gottstein, etc.

Il y eut de nombreuses présentations de malades à l'hôpital pour les maladies de la gorge et de la poitrine.

M. Semon montra une série de cinq cas de paralysie bilatérale des abducteurs laryngiens, sur un desquels il avait pratiqué la trachéotomie pour menace de suffocation, — et un cas d'ankylose de l'articulation crico-aryténoïde. Le docteur Poore montra la malade atteinte de pont membraneux des cordes vocales, dont il a été question plus haut; M. Krishaber, une série de tubes, pour trachéotomie; M. Foulis, un appareil pour chauffer les cautères actuels, des instruments pour enlever le larynx, des larynx artificiels et deux larynx qu'il avait enlevés; M. Cressell Baker, un spéculum nasal *auto-stat;* M. Michel, sa méthode d'ablation des végétations au moyen de l'anse galvano-caustique; M. Frankel, un dilatateur buccal, modification de celui de Whitehead, avec addition d'un crochet palatin, et un prisme pour l'examen des cavités du corps; M. Morell Mackenzie, un malade auquel il avait pratiqué l'œsophagotomie interne, et un cas de spasme des tenseurs des cordes vocales; il montra aussi son œsophagoscope et celui de Storck; M. Whistler, un patient atteint de rétrécissement syphilitique du pharynx, et auquel il avait établi une communication entre le pharynx et les fosses nasales; M. Cadier, son tube-laryngoscope; M. Tornwald, un tampon rempli d'eau pour la dilatation des rétrécissements du larynx; M. Bosworth, sa méthode d'ablation des polypes; M. Rumboldt, ses pulvérisateurs; M. Spencer Watson, un spéculum nasal *auto-stat* et d'autres instruments pour le traitement des maladies du nez; M. Prosser James, une série de lancettes et de sondes laryngiennes; M. Voltolini, sa pile et sa manière d'enlever du larynx les aiguilles et autres corps étrangers de même

genre en les fixant au moyen d'un aimant puissant et en introduisant ensuite une aiguille à tricoter à laquelle ils viennent adhérer; M. Caselli, son trachéotome galvano-caustique; M. Meyer, l'instrument qu'il emploie dans l'ablation des végétations adénoïdes; M. Bocher, une lampe pour l'examen laryngien; M. Goodwillie, l'emploi d'un instrument destiné à l'ablation des exostoses, etc.

L.-H. PETIT.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Deux cas d'aphasie temporaire dans la maladie de Bright,* par le docteur ROTCH. — Dans la première observation, le malade, âgé de 59 ans, avait des antécédents de syphilis et de rhumatisme. Il avait éprouvé subitement une douleur au front, puis la perte de la parole, mais sans paralysie de la motilité ou de la sensibilité. L'aphasie était complète, et le malade ne prononçait plus que le mot *yes*. Toutefois, il n'existait aucun trouble des organes de la phonation. La matité cardiaque était accrue; un souffle rude couvrait les deux bruits du cœur; l'urine était chargée d'albumine et contenait de nombreux cylindres hyalins et granuleux. L'aphasie dura deux jours, après lesquels le retour de la parole fut complet. L'auteur attribue ce phénomène à un trouble de la circulation de la troisième circonvolution frontale gauche, causé probablement par une petite embolie de l'une des branches de l'artère cérébrale moyenne.

— Le malade qui fait l'objet de la deuxième observation était âgé de 45 ans, présentait des antécédents syphilitiques, et avait déjà éprouvé à diverses reprises des attaques d'aphasie partielle. Celles-ci étaient précédées de douleur de la nuque et s'accompagnaient de troubles de la vision. Au moment de l'examen, ce malade éprouve une aphasie telle, qu'il ne peut raconter le menu de son déjeuner, quoique le souvenir en soit parfaitement présent à sa mémoire. Il est atteint de troubles visuels, mais la motilité et la sensibilité sont intactes. L'auscultation du cœur fait constater un redoublement du premier bruit. Les urines contiennent de l'albumine et des cylindres hyalins; la quantité d'urée est diminuée. L'aphasie a probablement pour cause un trouble circulatoire temporaire, dont la disparition sera immédiatement suivie de la cessation de l'aphasie.

Ces deux hommes étaient atteints de maladie de Bright, et leur aphasie passagère était vraisemblablement le résultat de troubles accidentels dans la circulation de la troisième circonvolution frontale gauche. (*The Boston Med. and Sur. journ.* Mai 1881, n° 20, t. CIV, p. 462.) — Ch. É.

*Des scléroses bilatérales de la moelle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau,* par M. A. PITRES. — Depuis le travail de Turck, on admet que les dégénérations médullaires descendantes, consécutives aux lésions en foyer d'un hémisphère cérébral ont pour siège, le plus souvent, la partie postérieure du cordon latéral du côté opposé à la lésion cérébrale (*faisceau pyramidal croisé*), et quelquefois, mais seulement à la région cervicale, la portion la plus interne du cordon antérieur du côté correspondant à la lésion cérébrale (*faisceau pyramidal direct*). Cette loi n'est pas constante cependant, car, sur une série de vingt moelles de malades atteints d'hémiplégie ancienne, examinées au microscope après durcissement, le siège de la dégénération était contraire à la loi de Turck. Dans quatre cas, en particulier, la lésion cérébrale était unilatérale, tandis que la dégénération médullaire existait symétriquement sur les deux cordons latéraux.

La dégénération médullaire peut donc être bilatérale, bien que la lésion cérébrale n'existe que d'un côté. Ce fait serait en rapport probablement avec les variétés individuelles dans l'entrecroisement du faisceau pyramidal, signalées par M. Flechsig. De plus, cette bilatéralité de la dégénération peut expliquer l'extension, d'un côté à l'autre, de la trépidation épileptoïde provoquée (Déjernie); la contracture bilatérale des membres inférieurs (Brissaud), phénomènes qui ont été attribués à une propagation de la sclérose aux deux côtés de la moelle. Enfin elle montre pourquoi un grand nombre d'hémiplégiques peuvent marcher malgré la rigidité ou la paralysie des membres d'un côté et pourquoi d'autres ne peuvent le faire. Chez les premiers, la lésion serait symétrique et égale des deux côtés; chez les seconds, la dégénération serait bilatérale, mais moins étendue d'un côté que de l'autre. (*Gaz. hebd. de méd.*, p. 431, n° 27, 8 juillet 1881). — Ch. É.

# FORMULAIRE

## De l'huile d'olives contre les calculs biliaires. — R. Kennedy.

Lorsque de vives douleurs revenant périodiquement indiquent la présence de calculs dans la vésicule biliaire, l'auteur prescrit l'huile d'olives à hautes doses. Pour un homme, il en ordonne 6 onces au moment du coucher, et le lendemain matin, une dose copieuse d'huile de ricin. Si les calculs ne sont pas expulsés le lendemain, et que les paroxysmes se reproduisent, il administre une nouvelle dose d'huile d'olives, et répète le même traitement au bout de quelques semaines, quand les coliques hépatiques viennent à se reproduire. — Dans les observations citées par le docteur Kennedy, les malades ont expulsé une grande quantité de calculs ramollis, faciles à écraser, variant de grosseur et de forme. Administrée à quelques semaines ou quelques mois d'intervalle, l'huile d'olives empêche momentanément la formation de nouveaux calculs biliaires; mais elle ne suffit pas pour combattre la diathèse qui en provoque le retour. — N. G.

---

Le celluloïd. — Le celluloïd est un produit complexe formé par le mélange de cellulose nitrique (pyroxyline) et de camphre additionné d'alcool; ce mélange est laminé, comprimé et étuvé lentement. On obtient ainsi une matière dure, élastique, transparente, susceptible de prendre un beau poli. Sa densité est de 1,35. On peut par addition de certaines matières, rendre le celluloïd opaque, et lui donner l'aspect de l'ivoire, de l'ébène, du corail, etc.

Obtenu en 1869, en Amérique, par Josah Smith Hyatt et John Wesly Hyatt, et d'abord exclusivement fabriqué à New-Arck (New-Jersey), le celluloïd se fabrique depuis quelques années à Stains près de Paris. dans l'usine de la Société française.

Soumis à l'action de la chaleur, le celluloïd se ramollit vers 80° et peut alors se mouler. Il reprend sa dureté en se refroidissant.

Le celluloïd doit être conservé à l'abri de toute élévation notable de température, afin d'éviter de graves accidents. C'est en effet un corps éminemment combustible, et qu'on ne doit emmagasiner qu'en quantité limitée.

La préparation du celluloïd est longue et exige beaucoup de soin.

La pyroxyline qui entre dans la fabrication est obtenue au moyen du papier à cigarette immergé dans un mélange de 5 parties d'acide sulfurique et de 2 parties d'acide azotique, à la température de 25° environ. La cellulose du papier se transforme ainsi en nitro-cellulose.

Le celluloïd peut se travailler comme le bois, l'ivoire et l'écaille; on le moule par pression dans des matrices métalliques chauffées soit à l'eau chaude, soit à la vapeur.

On peut l'obtenir en baguettes ou en tubes de tout diamètre, par refoulement à chaud à la presse hydraulique.

Par addition d'une certaine quantité d'huile grasse, le celluloïd peut être obtenu à l'état souple et servir alors à faire des objets de lingerie, tels que cols, manchettes, devants de chemises, imitant la toile, qui sont d'un nettoyage facile et rapide.

La plus grande application du celluloïd est jusqu'ici la fabrication des objets de tabletterie. Depuis quelque temps on commence à l'utiliser pour faire le clichage des planches d'imprimerie. Les feuilles qui servent à cet usage ont 3 millimètres d'épaisseur; elles donnent des clichés très résistants et d'une grande finesse.

En somme, le celluloïd est un produit curieux, auquel on peut faire prendre les aspects les plus différents, et qui se prête aux applications les plus diverses.

Consommation du tabac. — Un Américain, il n'y a que des Américains pour avoir de pareilles idées, a fait le calcul suivant : si on prenait le tabac consommé annuellement sous forme de tabac à fumer, à priser ou à chiquer, et que l'on fît un câble de deux pouces d'épaisseur, on obtiendrait une longueur de câble qui permettrait de faire trente fois le tour de la terre en passant par l'équateur. En le convertissant en tabac à chiquer on en ferait une pyramide d'une hauteur égale à celles d'Égypte, et enfin la même quantité de tabac à priser suffirait pour ensevelir une ville d'une étendue moyenne, comme le furent autrefois Herculanum et Pompéï sous les cendres du Vésuve.

L'Américain aurait dû ajouter ceci à son calcul : c'est que si on extrayait des cendres de tout ce tabac brûlé toute la potasse qu'elles contiennent, la lessive titanesque qu'on en tirerait ne suffirait pas pour purifier l'humanité de tous ses défauts sans parler de celui de l'usage du tabac. (*Les Mondes.*)

---

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 20 septembre. — La chirurgie fait aujourd'hui les frais de la séance. Voici d'abord M. Polaillon, qui présente un malade auquel il a fait subir la résection de l'articulation tibio-tarsienne, opération peu commune et encore très discutée. Elle a pleinement réussi entre les mains de l'habile chirurgien de la Pitié, car le malade est guéri sans ankylose, et fait de longues marches avec une bottine à talon élevé. M. Polaillon décrit avec soin le procédé qu'il a mis en usage, et insiste sur la conservation de la malléole externe, à laquelle il attribue en grande partie l'excellence du résultat.

Le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination est encore du domaine de la chirurgie. M. Constantin Paul préconise un procédé d'inoculation qui lui paraît plus sûr que tout autre. Le vaccin d'enfant produit sur les angiomes quelques pustules en nombre insuffisant, plusieurs peuvent manquer, la tumeur n'est pas attaquée dans tous ses points; au contraire, avec le vaccin animal, on peut introduire une quantité de virus illimitée dans des scarifications multiples, et aucune partie du néoplasme n'échappe à l'action chirurgicale. L'orateur montre à l'Académie un enfant qu'il a traité pour un angiome occupant une étendue de 40 centimètres carrés sur le cuir chevelu, et dont la tumeur est couverte aujourd'hui de cicatrices blanches. C'est la quatrième fois que M. Paul applique son procédé avec de bons résultats.

On peut se demander pourquoi M. Blot reproche à son collègue de n'avoir pas, dans sa brève communication, divisé les angiomes en taches simples, taches légèrement saillantes et tumeurs élevées d'un centimètre au-dessus des téguments. Ces dernières, il est vrai, seraient difficiles à guérir par une vaccination superficielle, qui produirait des lignes cicatricielles inutiles sans modifier en rien leur profondeur. Mais il est probable que M. Paul n'ignorait pas ce détail; apparemment, s'il conseille un procédé de vaccination, c'est pour les cas où la vaccination est utile. Nous pouvons en dire autant des quelques mots par lesquels M. J. Guérin nous rappelle que des sections sous-cutanées convertissent le tissu érectile en tissu cicatriciel. M. Paul n'a pas dit le contraire; il a parlé de la vaccination des tumeurs érectiles et du meilleur mode de la pratiquer, voilà tout. Sur ce point, M. Blot

# FEUILLETON

## HYGIÈNE PUBLIQUE

### DE L'ASSAINISSEMENT DE PARIS.

Les *odeurs de Paris*, pendant l'année 1880, ont eu l'inconvénient d'incommoder vivement les habitants de la capitale. Elles ont eu en même temps l'avantage de faire rechercher à nouveau les causes de ces émanations. Peut-être ces nouvelles études deviendront-elles l'origine d'améliorations sérieuses dans la salubrité publique.

Malgré le temps consacré à ces recherches et l'illustration des savants qui faisaient partie de la *Commission de l'assainissement de Paris*, le rapport causera sans doute de véritables déceptions par la nature des causes d'insalubrité, bien connues, qui sont énumérées par les rapporteurs, et par les prescriptions anciennes et banales qu'ils recommandent de nouveau à l'Administration. Mais à quoi bon s'en étonner, puisque, suivant l'usage, les commissions passent, et que, quelque grande que soit la valeur de leurs membres, leurs avis sont incomplètement ou mollement mis à exécution? Plus long encore a été le temps employé par une autre commission que M. le préfet de la Seine avait instituée sous la présidence d'un éminent conseiller municipal, M. de Hérédia, et sous le nom de *Commission d'assainissement des cimetières de Paris*, et dont le rapport vient également d'être publié. Ces deux rapports se complètent donc et permettent d'envisager sous toutes ses faces la question de l'assainissement de Paris.

affirme qu'il a une façon de scarifier très supérieure à celle de son collègue (pourquoi, puisque M. Paul a réussi?), et son collègue lui répond : « Je persiste à croire que c'est moi qui ai raison. » Pouvait-on s'attendre à mieux? Les modes opératoires mis en présence par les deux académiciens n'ont rien qui leur soit absolument personnel; ajoutons qu'ils se ressemblent beaucoup. Somme toute, nous ne voudrions pas affirmer que l'histoire clinique des angiomes ait fait aujourd'hui un grand pas en avant.

M. le professeur Gosselin est de ceux qui savent donner de l'intérêt même à un rapport. L'Académie écoute avec une attention soutenue le jugement que porte ce savant maître sur un mémoire de M. Périer, chirurgien de Saint-Antoine, intitulé : *Deux observations de taille sus-pubienne avec distension préalable du rectum.* Tout dans ce rapport, les idées, les termes, et jusqu'au ton de la lecture rappelle la méthode d'exposition et d'enseignement que connaissent bien les élèves du vieux clinicien de la Charité. La même clarté, la même précision didactique règnent dans les moindres détails et permettent de suivre l'orateur sans fatigue jusqu'au but où il veut nous conduire. M. Périer préconise un procédé nouveau dans l'opération de la taille sus-pubienne, et cherche la solution d'un double problème : 1° garantir le péritoine dans le premier temps de l'opération; 2° prévenir les dangers de l'infiltration urineuse. Sur le premier point, l'auteur applique pour la première fois en France le procédé de Petersen, de Kiel, qui consiste à introduire dans le rectum un pessaire de Gariel, puis à le distendre par une injection d'eau, ce qui détermine l'ascension de la vessie et du péritoine, et permet d'ouvrir le réservoir de l'urine sans blesser la séreuse.

Le rapporteur s'est assuré sur le cadavre que cette manœuvre met la vessie en contact avec la paroi abdominale dans une étendue assez grande pour qu'il soit facile de l'inciser largement au-dessous du péritoine; aussi doit-on considérer le procédé nouveau comme un utile auxiliaire dans l'opération de la taille sus-pubienne.

Sur le deuxième point, M. Périer recommande des soins préliminaires et des soins consécutifs. Les premiers se rattachent à la grande doctrine de la septicémie. L'auteur cherche à rendre l'urine aseptique par des injections préalables d'essence de gaultheria, et par l'absorption de 1 gr. 50 de salicylate de soude par jour pendant trois semaines avant l'opération. Les soins ultérieurs consistent à assurer la sortie complète de l'urine, à l'empêcher de s'amasser derrière le pubis et de s'in-

---

Les causes d'infection permanentes, qui ont produit, par un concours de circonstances atmosphériques exceptionnelles, « les odeurs de Paris », ont été à la fois l'objet de récriminations légitimes assurément et d'exagérations dont M. le professeur Bouchardat a fait justice (*Rev. scient.*, 1880). Il n'en est pas moins incontestable que la salubrité de la capitale laisse beaucoup à désirer. Les statistiques obituaires en sont la preuve. Les instantes et déjà anciennes protestations des éminents ingénieurs du service municipal et le rapport actuel en sont un autre témoignage. De plus, ce dernier constate la faiblesse de la répression, l'insuffisance de la législation et la nécessité de prescrire sérieusement et d'exécuter scrupuleusement des mesures sanitaires dont l'urgence est admise par tout le monde.

Les causes d'infection dans l'intérieur de la ville ont été étudiées par une sous-commission composée de M. Dubrisay et de MM. les professeurs Brouardel et Wurtz. Celles qui sont particulières à la zone suburbaine, et qui dépendent des nombreux établissements industriels du département de la Seine, ont été recherchées par MM. Schlœswig, Aimé Girard et Bérard, que leur haute compétence industrielle mettait à même d'indiquer les moyens les plus aptes à assurer l'innocuité de ces usines au point de vue de la santé publique.

Dans l'intérieur de Paris, les émanations insalubres ont leur origine sur la voie publique, dans les fosses d'aisance des habitations et enfin dans les égouts. Certes, ces causes d'infection et les moyens d'y remédier ne sont pas inédits : la Commission n'a fait que les constater de nouveau, après tous les hygiénistes qui se sont occupés de l'assainissement des villes. Transport dans des vases métalliques hermétiquement clos des matières insalubres : détritus organiques des usines, des marchés, des boucheries; défense de les projeter dans les égouts ou les rivières, et de les déposer dans les rues, sont assurément des moyens d'en prévenir les inconvénients. Les ordonnances de 1348, de 1567, de 1673, prescrivaient également

filtrer dans les tissus. Le chirurgien de Saint-Antoine s'est entouré de toutes les précautions de la méthode antiseptique (l'expression est aujourd'hui consacrée). Pour forcer l'urine à couler en totalité par la plaie, il aurait voulu suturer la vessie aux téguments; mais l'organe, vidé de son contenu, s'est rétracté. Il établit alors deux siphons, l'un dans la plaie, l'autre dans l'urèthre, pour conduire le liquide au dehors. Chez le premier malade, l'urine passait dès le second jour entre le tube et la plaie vésicale; mais elle passait en petite quantité, les siphons furent laissés pendant plusieurs jours, et la cicatrisation était complète au bout d'un mois. Dans la seconde observation, les siphons ne purent fonctionner à cause de l'agitation du malade, qui mourut le cinquième jour d'une néphrite antérieure à l'opération.

Tels sont les principaux traits du travail de M. Périer, si bien mis en lumière par le rapporteur, qu'il nous était facile d'en donner l'analyse. — L.-G. R.

# CLINIQUE MÉDICALE

## DE LA PÉRICARDOPLEURITE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 mars 1881,

Par le Dr P. Duroziez, ancien chef de clinique de la Faculté.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

*Traitement.* — Les observations que nous donnons dans ce travail sont antérieures à la médication salicyliquée. « Le salicylate donné au *début* d'un *premier* accès de rhumatisme, dit M. le professeur G. Sée, non seulement enraie immédiatement la marche du rhumatisme articulaire, mais il empêche l'envahissement du cœur; il arrête toute la maladie dans son évolution et sa progression vers les viscères. Les statistiques étrangères, surtout celles des hôpitaux militaires et civils d'Allemagne, démontrent que sur 185 cas bien observés et traités dès le *premier* ou le *deuxième jour* d'une *première* attaque de rhumatisme, on ne trouve plus que 5 cas de lésions du cœur sur 100 rhumatismes au lieu de 25, 50 et même 80 complications sur 100; ce résultat, je l'ai confirmé de tous points sur 20 cas environ que j'ai pu suivre depuis le premier jour jusqu'à six à quinze mois, soit en ville, soit à l'hôpital. »

M. Sée admet 5 maladies du cœur sur 100 rhumatismes, mais dans des condi-

les mêmes défenses. L'ordonnance du 1er septembre 1853 renouvelle et complète ces prescriptions; mais elle est mal exécutée, et même ne l'est pas toujours. De plus, les industriels trouvent souvent les moyens de s'y soustraire ou de les éluder. Il en est de cette législation comme des ordonnances relatives au pavage des rues, qui remontent à Charles VI; de sorte qu'en 1881, les décisions des conseils de préfecture doivent être précédées de textes datant de 1388, de 1399, de 1607, de 1781 et de 1785!

Les exhalaisons du sous-sol sont moins insalubres, d'après les analyses de Deville (*Acad. des sciences*, 20 sept. 1880). Les fuites de gaz d'éclairage, d'après cet illustre chimiste, introduisent dans le sous-sol des chaussées des produits antiseptiques et sulfureux par la décomposition du goudron et des substances hydro-carbonées qui accompagnent le gaz d'éclairage. Ces produits incommodes par leur odeur ne sont pas insalubres. Il n'en est pas moins vrai cependant que la stagnation des eaux ménagères et savonneuses contamine le sous-sol et donne lieu à des émanations plus ou moins nocives, dans les rues, encore trop nombreuses, où le pavage est défectueux et le lavage des ruisseaux insuffisant, et là où il existe des fuites dans les égouts.

Les puisards destinés à l'absorption des eaux ménagères et des eaux pluviales, dont l'existence n'est pas rare dans certains arrondissements, comme le prouvent les constatations de la Commission, sont une cause de contamination de la nappe aquifère souterraine. Cependant ils étaient tolérés par l'administration jusque dans ces derniers temps; la Commission en fournit les preuves.

Relativement aux matières de vidange et aux fosses d'aisance, les conclusions du rapport ont une importance considérable. On connaît les dangers des fosses fixes; par le défaut presque général d'étanchéité de leurs parois, par les tuyaux d'évent qui s'élèvent au-dessus des toi-

tions exceptionnelles. Pour que le traitement salicylaté ait son effet de 5 p. 100 sur le cœur, il faut qu'il soit donné dès le premier ou le deuxième jour d'une *première* attaque de rhumatisme. Tous les autres cas sont exposés aux maladies du cœur; toute première attaque de rhumatisme datant de plus de deux jours avant l'intervention du salicylate peut se compliquer de lésion cardiaque. Une seconde attaque de rhumatisme traitée même le premier jour par le salicylate expose aux lésions du cœur.

Il faudrait pour les autres traitements prendre aussi les cas placés dans les mêmes conditions; premier rhumatisme, premier et deuxième jour. Or, nous ne croyons pas qu'un seul de ces traitements dans de pareilles conditions admette 25, 50 ou 80 complications. Nous acceptons les résultats tels qu'on nous les donne. Un médecin anglais avec 8 grammes de bicarbonate de soude par jour guérissait tous les rhumatismes sans trace de lésion du cœur à la suite. Il faut 30 ou 40 grammes à Dick et à Chambers.

Dans les cas en dehors du premier et du deuxième jour du premier rhumatisme, traités par le salicylate de soude, quel est le chiffre des maladies du cœur? Ce serait intéressant à savoir, car ces cas ne sont pas rares. Les malades traités avant la fin du deuxième jour à l'hôpital ne sont pas communs.

M. Sée n'exagère pas, on le voit, les bienfaits du salicylate envers le cœur. Espérons qu'il est trop sévère. Pourquoi refuser au salicylate son pouvoir sur le cœur dans une seconde attaque de rhumatisme? Si le cœur est sorti indemne d'un premier rhumatisme, grâce au salicylate administré le premier ou le deuxième jour, pourquoi le médicament n'interviendrait-il pas aussi utilement dans un second rhumatisme, lorsque vous constatez qu'il n'y a de lésion du cœur ni ancienne ni récente? Si le cœur est touché au moment où on administre pour la première fois le salicylate de soude, vous ne voulez plus assumer la responsabilité de la guérison du cœur, nous le comprenons, mais le cœur peut être touché avant une première attaque de rhumatisme articulaire aigu chez un individu, et ne l'être pas avant une seconde attaque chez un autre. Nous ne comprenons pas cette catégorisation de premier et de deuxième rhumatisme.

Nous n'acceptons pas beaucoup plus cette condition de premier et de deuxième jour, admettant cependant qu'il y a plus de chance de guérir une endopéricardite qui se présente au traitement le premier ou le deuxième jour que le cinquième ou le sixième. Le médicament peut être en retard sur l'endocardite, le rhumatisme étant traité dès le premier jour, et être en avance sur l'endocardite étant appliqué

---

tures et deviennent dans certaines circonstances l'origine de brouillards opaques et fétides qui descendent sur la capitale (1), par la nécessité de les vider à certaines époques, et, enfin, parce qu'elles sont l'obstacle le plus grand à l'emploi d'une large quantité d'eau dans les maisons, dépenses que les propriétaires redoutent parce qu'elle renouvelle plus souvent les frais de curage. Cet obstacle existe précisément là où l'abondance de l'eau serait le plus indispensable, c'est-à-dire dans les quartiers où la population est le plus dense.

Pour remédier à quelques-uns de ces inconvénients, la Commission propose la substitution aux fosses fixes en maçonnerie de vastes réservoirs en métal, de forme cylindro-conique et dont la vidange s'opérerait par l'aspiration au moyen du vide ou par la compression atmosphérique au moyen de tuyaux aboutissant sur la voie publique. Mais on peut objecter à ce système que les inconvénients des tuyaux d'évent existeront encore et que les véhicules devront encore traverser la ville pour le transport des matières aux usines ou aux dépotoirs. De plus, les obstacles seront encore les mêmes relativement à la nécessité d'un emploi plus considérable de l'eau dans les habitations. Enfin, applicables dans les constructions nouvelles, ces vases métalliques ne pourraient être mis en usage dans les maisons anciennes, de toutes les plus nombreuses, et dans lesquelles leur volume ne permettrait pas de les loger.

(1) L'exemple cité par la Commission d'une épidémie d'accidents typhoïdes, à la suite de la rupture d'un tuyau d'évent, qui survinrent dans l'appartement de M. Geoffroy Saint-Hilaire, au Jardin d'acclimatation, est une preuve remarquable des inconvénients des fosses fixes. L'épidémie se montra en l'absence de tout cas de dothienentérie dans le voisinage, d'autant plus que l'isolement de la maison, dans le bois de Boulogne, est complet.

le cinquième, le dixième jour. Cela dépend du moment où sera née l'endocardite. M. Sée admet que le rhumatisme passe toujours par les jointures avant d'arriver au cœur, et qu'en arrivant à temps on peut s'interposer entre les jointures et le cœur. Mais notre vénéré maître Bouillaud écrit ceci dans son *Traité du rhumatisme articulaire aigu* (1840) : « Tantôt l'endocardite et la péricardite coïncident primitivement, et dès le début, avec le rhumatisme articulaire, et marchent avec lui de compagnie, etc. » Ne sait-on pas que l'endocardite peut précéder la lésion des jointures?

Quoi qu'il en soit, il n'est pas toujours bien facile de dire si un cœur sort intact d'un rhumatisme; l'anémie est quelquefois bien commode pour expliquer les souffles que l'on entend.

M. G. Sée a rendu un signalé service en vulgarisant chez nous un médicament que nous employons tous avec plus ou moins de verve; jusqu'où vont les bienfaits de ce médicament? Voilà la question. Peut-il remplacer tous les autres moyens? Peut-il faire l'impossible?

Nous n'examinerons pas ici toutes les méthodes employées, et qui ont dû avoir des succès puisqu'elles ont été appliquées par de savants maîtres.

La méthode de M. Bouillaud n'a pas besoin d'être défendue par nous; notre très aimé maître l'a exposée avec une autorité à laquelle nous n'ajouterions rien.

Nous voudrions décrire la méthode de Hope, qui touche de bien près à celle de M. Bouillaud, et qui est moins connue en France. Peut-être y prendrait-on quelque intérêt, à cause de la multiplicité et du dosage des remèdes. Larges émissions sanguines, calomel et frictions mercurielles à fortes doses, purgatifs énergiques, émétique à dose nauséeuse, teinture de digitale à haute dose, teinture de jusquiame sont employés, l'un sur l'autre, avec une rapidité vertigineuse, et l'auteur ne paraît pas toujours assuré du succès. Toutefois, il ne prescrit pas d'employer partout et toujours les mêmes moyens. Il appartient au jugement du praticien de graduer les doses suivant les cas. Nous ne pouvons reproduire l'article entier de Hope, qui prendrait trop de place.

Ne pouvant donner tout au long les observations sur lesquelles nous nous appuyons, nous indiquons quelques remarques à propos de chacune d'elles.

Dumaine, 17 ans, garçon limonadier, malade depuis trois jours, reste soixante-cinq jours à l'hôpital. Le traitement a été énergique, cinq saignées, une application de ventouses scari-

---

Il faudrait alors, dans ces dernières habitations, rendre obligatoire l'emploi des fosses mobiles, dont la Commission elle-même reconnaît tous les inconvénients.

Les vases métalliques seraient donc une amélioration considérable du système des fosses fixes; mais leur emploi n'est pas une solution de la question. Reste donc un autre système plus radical; c'est l'envoi de la totalité des matières à l'égout, c'est-à-dire le *tout à l'égout*, système préconisé par les ingénieurs du service municipal et appliqué avec succès dans plusieurs villes de l'étranger. Il est inutile d'énumérer les avantages considérables de ce système. Il supprime dans chaque maison le foyer d'infection que constitue chaque fosse d'aisance, les tuyaux d'évent, dont on connaît les inconvénients, et enfin le transport des matières de vidange à travers les rues de la ville. De plus, comme on l'a fait à Bruxelles, on peut, au moyen d'une fermeture spéciale, interrompre toute communication directe entre le tuyau de décharge de la maison et l'égout lui-même, et empêcher ainsi le retour des émanations de l'égout dans la maison.

Mais le système anglais nécessite un large débit de liquides dans les égouts, des pentes convenables, des curages assez fréquents, pour éviter les dépôts sur les bords et les envasements; il exige enfin une large distribution d'eau, qui manque à Paris, mais dont probablement cette ville sera dotée dans quelques années, après l'achèvement des travaux en cours d'exécution. Ce système méritait, selon nous, de la part de la Commission, autre chose qu'un blâme indirect contre les essais d'utilisation des eaux d'égout, dont M. Durand-Claye et les ingénieurs du service municipal sont les promoteurs. La crainte de créer à la surface du sol, par l'accumulation des germes morbifiques contenus dans les eaux vannes, des foyers infectieux pour les contrées voisines des champs d'épuration est un des motifs de ce blâme. Malgré l'importance, au point de vue de la propagation des maladies infectieuses, de la récente découverte de

fiées, cinq vésicatoires, deux cautères, digitaline. En plus, épistaxis fréquentes et abondantes. La péricardite se montre le troisième ou quatrième jour de la maladie; un peu d'oppression le dixième jour; douleur de côté le quatorzième; souffle pleural à gauche le quinzième; souffle des deux côtés le vingt-cinquième. La pleurésie dure quarante-trois jours. Cet individu, qui n'a jamais été malade, s'en va avec une lésion du cœur.

Citerre, 18 ans, menuisier, malade depuis trois jours, reste trente et un jours à l'hôpital. Le traitement a été énergique. Saignées, ventouses scarifiées, vésicatoires. Froissement péricardique le troisième jour. La pleurésie nette apparaît sept ou huit jours après la péricardite sous forme de rechute. La gêne de la respiration a duré longtemps.

Labouré, 21 ans, peintre en bâtiment, reste quarante-deux jours à l'hôpital. Il n'est plus question des douleurs articulaires quand nous le voyons pour la première fois. Nous sommes en pleins signes de péricardite. La pleurésie double apparaît longtemps après la péricardite, dix jours après que nous avons constaté la péricardite qui existait déjà depuis au moins dix jours probablement. La pleurésie dure environ quinze jours. Le pouls était peu élevé. Nous avons constaté les signes d'une insuffisance aortique qui ont disparu. Le malade était guéri à sa sortie de son endopéricardite avec pleurésie double.

Divin, 22 ans, garçon d'office, présente les signes de la péricardite dès son entrée le 19 janvier 1872. L'égophonie pleurale droite est notée le quinzième jour.

Cordier, tôlier, 23 ans. La péricardite se montre avant le sixième jour; la pleurésie n'apparaît que le vingtième jour. Le pouls à 92 tombe, le douzième jour, à 68, et remonte, au moment de la rechute et de la pleurésie, à 100, se maintenant à 118 pendant vingt-cinq jours et tombant enfin à 60. La pleurésie apparaît d'abord à gauche; le point de côté droit ne se montre que vingt-cinq jours après la pleurésie gauche. La médication a été énergique. Le malade reste cinquante-six jours à l'hôpital, souffrant depuis six jours.

Un cordonnier, âgé de 24 ans, malade depuis dix jours, entre à l'hôpital ayant déjà les signes de la péricardopleurite, qui date probablement de quatre jours. La pleurésie gauche a duré huit ou dix jours. Le traitement a été très énergique.

Taillefer, 24 ans, garçon de café, déjà malade depuis quinze jours, reste quarante-trois jours à l'hôpital. Le premier froissement péricardique apparaît le onzième jour après l'entrée, le quinzième jour de la maladie confirmée. La pleurésie droite vient sept jours après la péricardite, et la pleurésie gauche deux jours plus tard; la pleurésie double dure dix jours. La pleurésie n'apparaît que dix-huit jours après l'entrée à l'hôpital, trente-trois jours après le début de la maladie. Il y a vingt-deux jours de maladie confirmée avant l'apparition de la pleurésie. Un traitement énergique n'a empêché la production ni de la péricardite ni de la pleurésie.

---

M. Pasteur sur la transmission du charbon par des germes conservés dans le sol, il n'en est pas moins certain que ce système, combiné avec des irrigations sur de larges surfaces, fonctionne avec succès à Édimbourg, à Milan, à Valence, à Bruxelles, à Berlin, à Dantzig, à Breslau et dans soixante-huit villes d'Angleterre. C'est un fait notoire qu'à Londres, depuis 1869, la mortalité générale s'est abaissée de 25 à 23 pour 1,000, et le chiffre obituaire de la fièvre typhoïde est tombé de 33 à 23 pour 100,000 habitants. A Paris, la mortalité typhoïde est encore de 40 à 60 pour un même nombre d'habitants.

Le système mixte des tinettes filtrantes retenant les matières solides avec projection à l'égout des eaux vannes est proscrit avec raison par la Commission. En effet, s'il possède quelques-uns des avantages du système anglais, il a tous les inconvénients des fosses fixes et des fosses mobiles.

Resterait peut-être une autre solution plus coûteuse assurément, mais applicable à toutes les maisons, et qui mérite d'être étudiée, quoique la Commission ne s'y soit pas arrêtée; c'est l'emploi d'une canalisation métallique spéciale permettant l'écoulement rapide des matières de vidange hors de la ville et leur traitement par des procédés perfectionnés dans des usines bien aménagées et sérieusement surveillées (1).

(1) Cette solution vient d'être mise à l'étude, dans un quartier de Paris, mais elle exigera sans doute des dépenses considérables que ne nécessiterait pas le système anglais.

*(La fin au prochain numéro.)*

Boucher, 24 ans, malade déjà depuis trois semaines, reste 31 jours à l'hôpital. Nous n'avons pas assisté au début de la péricardite qui a précédé l'entrée à l'hôpital. Ce n'est que six ou sept jours après l'entrée que nous constatons les signes de l'épanchement pleural. La lésion des plèvres dure une vingtaine de jours et guérit. On a fait trois saignées, une application de ventouses, sulfate de quinine à 2 grammes et à 1 gramme, vésicatoires. Le pouls se maintient à 108 jusqu'à la résolution des épanchements. La péricardite est constatée après trois semaines de maladie.

Colibot, femme, 25 ans, malade depuis cinq jours, reste plus de quarante-huit jours à l'hôpital. Le traitement a été très énergique. La péricardite est constatée le sixième jour de la maladie. La pleurésie se montre le quinzième jour et n'est pas guérie après trente-huit jours de maladie. Le pouls, à 128 à l'entrée, tombe à 88 le quatrième jour, à 72 le septième jour. Le neuvième jour, le pouls est fréquent. Le quatorzième jour, pouls à 92, beaucoup moins fréquent que les jours précédents. Le quinzième jour, pouls 88; respiration à 36. Le seizième jour, pouls 80; respiration 24. Le vingt-cinquième jour, respiration 24. Le quarante-cinquième jour, pouls fréquent. Le quarante-septième jour, pouls 92, respiration 28. Nous abandonnons ici la malade non guérie. Que sera-t-elle devenue?

Patry, 25 ans, boulanger, reste quarante jours à l'hôpital. La péricardite est constatée le septième jour de la maladie. La pleurésie apparaît le dix-septième jour de la maladie. Le pouls est tombé de 108 à 84, mais est encore à 84 au moment où nous le perdons de vue. Ce n'est pas une guérison confirmée. Le malade a une lésion grave du cœur que nous constatons l'année suivante.

Mouzin, domestique femme, reste plus de trente jours à l'hôpital, malade depuis deux ou trois jours. La péricardite est constatée le troisième jour. La pleurésie n'est constatée que le vingt-deuxième jour existant déjà depuis quelques jours. Le pouls se maintient à 108 pendant dix-huit jours et tombe à 78, puis à 60.

Un graveur de 33 ans, malade depuis quinze jours, entre le 28 février 1852 et meurt le 3 mars; il a eu des douleurs vagues dans l'épaule gauche et le côté gauche de la poitrine. Oppression considérable, orthopnée. P. 135. Froissement péricardique très intense. Autopsie. Péricardite. Adhérences du péricarde avec la plèvre droite.

Houlet, 37 ans, forgeron, malade depuis quatre jours, reste cinquante-cinq jours à l'hôpital. Nous ne voyons le malade que onze jours après le début de la maladie; nous constatons du frottement péricardique outre les bruits intérieurs; froissement triple au niveau des cavités droites. Le seizième jour, la respiration devient difficile. Le dix-septième jour, double épanchement pleural. Le vingt-septième jour, encore du souffle des deux côtés. Le trente et unième jour, peu de chose à la poitrine, pas d'égophonie. Le cinquantième jour, épanchement à droite. Le cinquante-troisième jour, rien en arrière. L'épanchement a duré trente-sept jours, mais a guéri. Traitement très actif : saignées, vésicatoires, ventouses scarifiées; sulfate de quinine, 2 grammes; vératrine, de 0,015 à 0,035; bicarbonate de potasse, 18 grammes par jour; digitale, 0,25. Le malade sort en bon état.

Nous empruntons les faits suivants à la thèse de M. le docteur Bernard, intitulée : *Quelques complications du rhumatisme articulaire aigu*. Paris, 1878. (Nous avons vu la première malade.)

Charlotte, 16 ans, plumassière, malade depuis six jours, reste à l'hôpital cent jours. Elle a eu des épistaxis abondantes. On a employé le sulfate de quinine, le bromure de potassium, les vésicatoires. La péricardite a précédé la pleurésie de deux ou trois jours, et a apparu le dixième jour de la maladie; les signes en ont été perçus longtemps après qu'on ne trouvait plus d'indice de pleurésie. La pleurésie a duré vingt-trois jours, a commencé à gauche et a passé à droite. La maladie a été généralisée; il y a eu des accidents cérébraux et abdominaux. C'est la quatrième attaque de rhumatisme articulaire.

H..., couturière, 16 ans, est entrée à Saint-Antoine sept semaines auparavant pour des douleurs aux deux genoux et en est sortie, huit jours avant sa rentrée à l'Hôtel-Dieu, avec un épanchement considérable de la plèvre gauche qui date on ne sait pas de combien de jours, mais qui guérit au bout de cinq à six jours. La pleurésie ne passe pas à droite. La péricardite n'apparaît que deux mois après le début de la maladie et a été peu intense. La malade sort avec un souffle au deuxième temps. On a employé les vésicatoires, la teinture de colchique et le bicarbonate de soude. La maladie a duré soixante-dix-neuf jours.

X..., âgée de 23 ans, malade depuis vingt et un jours, reste à l'hôpital quarante-neuf jours, durée de la maladie : soixante-dix jours. Elle a eu la scarlatine six semaines avant son entrée ; les douleurs datent de trois semaines. La péricardite et la pleurésie ont paru ensemble. La pleurésie, d'abord à gauche, a passé à droite et a duré dix jours. On a employé les vésicatoires, le sulfate de quinine, la vératrine, la morphine. Le frottement péricardique ne se montre que très tard en même temps que la pleurésie, trente-sept jours après l'entrée.

Poncy, 28 ans, gardien de la paix, malade depuis sept ou huit jours, reste à l'hôpital quarante-deux jours. Durée de la maladie : cinquante jours. La péricardite n'apparaît que treize jours après le début, en même temps que la pleurésie.

P..., 43 ans, archiviste des bureaux militaires. A 30 ans, pour la première fois, douleurs rhumatismales dans les membres, sans fièvre et sans localisations articulaires. A 32 ans, rhumatisme polyarticulaire aigu avec accidents graves du côté du cœur. De 32 à 42 ans, aucune gêne de la respiration, quelques douleurs vagues dans les articulations. En novembre 1875, oppression, respiration courte, sifflante. Il entre au Gros-Caillou le 31 janvier 1876. Souffle d'insuffisance aortique ; signes de paraplégie. Le 29 mars, bruit de cuir neuf qui certainement n'existait pas la veille, sans douleur précordiale. Jusqu'au 14 avril, frottements très rudes. A partir du 15 avril, disparition des bruits de frottement péricardique, augmentation considérable de la matité ; l'épanchement, après avoir été assez abondant, commence à diminuer le 25 avril. Le 30, ondulation très marquée de la région cardiaque, dépression systolique et soulèvement coïncidant avec la diastole. Oppression croissante. Épanchement pleural double. Mort le 8 mai.

*Autopsie.* — Cœur énorme, pesant 1,150 grammes, vidé de ses caillots. Adhérence générale des deux feuillets du péricarde par des membranes molles, rougeâtres, infiltrées de sérosité. Adhérences très étendues du péricarde externe avec les poumons et les parois sterno-costales. Épanchement d'abondance moyenne dans les deux plèvres, etc.

CONCLUSIONS. — Quand, dans un rhumatisme articulaire aigu, il se produit une péricardite intense, il faut s'attendre à une pleurésie gauche d'abord, droite ensuite. L'endocardite isolée est rarement suivie de pleurésie.

## CORRESPONDANCE

*A M. le docteur* G. RICHELOT, *médecin-inspecteur à l'établissement thermal du Mont-Dore, gérant de* L'UNION MÉDICALE.

Guadeloupe (Pointe-à-Pitre), le 23 août 1881.

Cher Monsieur et honoré confrère,

Ayant lu, dans l'un des derniers numéros de l'UNION qui me sont parvenus, quelques détails sur l'épidémie qui sévit à la Martinique, j'ai pensé qu'il vous intéresserait sans doute d'avoir des renseignements complémentaires sur les autres Antilles. Chef du service à l'hôpital militaire de la Pointe-à-Pitre, et directeur de la santé dans ce port, je suis bien placé pour vous faire connaître notre situation sanitaire.

C'est le 10 avril que je suis arrivé de France. La fièvre jaune, qui règne dans la colonie depuis août 1879, avait cessé au chef-lieu, à la Basse-Terre, résidence de votre ancien client, M. le président Jouannet ; elle faisait assez de victimes à la Pointe-à-Pitre, qui est le port fréquenté par les navires du commerce. A la fin du mois, j'ai eu jusqu'à 29 cas en traitement. Cela s'est apaisé en mai et juin, mois pendant lesquels le vomito a pourtant emporté quelques créoles, puis une recrudescence manifeste s'est opérée, et, après avoir eu un ou deux malades seulement, je suis aujourd'hui à 8, bien que la rade soit absolument dégarnie.

Il y a eu également quelques cas et des morts dans des communes de l'intérieur. Quand cela prendra-t-il fin ? Généralement on en est quitte au bout de deux ans ; mais voilà que l'incendie a gagné le chapelet des Antilles. A Saint-Thomas, patrie des Sainte-Claire Deville, le superintendant du câble sous-marin vient d'être enlevé en huit heures. La Grenade, Saint-Vincent, la Barbade, la Trinidad et Demerara, chef-lieu de la Guyane anglaise, sont aux prises avec le fléau. Les femmes de gouverneur sont, paraît-il, une proie vouée au minotaure : après Mme Aube, à la Martinique, vient de succomber Mme la gouvernante de la Barbade ; celle de la Grenade est atteinte.

Aucun traitement ne nous réussit d'une manière satisfaisante. Ce qui nous donne les meilleurs résultats, c'est la médication des vétérans du vomito : purgatifs prolongés, et toni-

ques aussitôt après; mais pas, ou fort peu d'émissions sanguines. Le premier trimestre a donné, pour l'hôpital : 42 cas; 22 décès; — le deuxième, 63 cas; 18 décès. Depuis le 1er juillet, j'ai traité 14 malades, dont 3 décès.

Personnellement, je n'ai pas à me plaindre de ma santé, et je compte bien que la fièvre jaune ne mettra pas obstacle à mes projets d'avenir, parmi lesquels figure, pour ma rentrée, une bonne saison dans votre Mont-Dore auquel je dois tout. En attendant cet heureux moment, je vous prie d'agréer, très cher et honoré confrère, mon bien reconnaissant souvenir et l'assurance de tout mon dévouement.

Dr SENEY,
Médecin de 1re classe de la marine.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 septembre 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

### CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet un rapport de M. le docteur Thibault (de Saint-Flovier) sur une épidémie d'angine observée dans plusieurs communes du département d'Indre-et-Loire. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté de M. Goodman Maruchease. (Accepté.)

2° Une note de M. Peyrusson (de Limoges) sur le pouvoir que possède l'éther nitreux alcoolisé, de détruire les miasmes et les germes de putréfaction de toutes sortes.

3° Une note de M. le docteur Bourguet (de Rodez) sur la vaccine. (Com. de vaccine.)

4° Un travail de M. Dartigues (de Piyols), intitulé : *Nouveau traitement de la rage.* (Com. M. Bouley.)

—

M. LE ROY DE MÉRICOURT présente un volume de M. le professeur Fonssagrives, intitulé : *L'éducation physique des filles*, ou avis aux mères et aux institutrices sur l'art de diriger leur santé et leur développement.

M. Achille CHEREAU présente deux articles extraits du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, l'un sur l'historique de l'ophthalmologie, par lui-même; l'autre sur la dégénérescence, par M. le docteur Dally.

M. DAREMBERG offre, au nom de M. le docteur Greenhill (de Hastings), un mémoire sur la nyctalopie et l'héméralopie.

—

M. POLAILLON présente un opéré chez lequel il a réséqué l'extrémité inférieure des deux os de la jambe par un procédé qui diffère de celui qui est en usage, en ce qu'il a conservé la malléole externe dont la présence assure à la nouvelle articulation une grande solidité. Le procédé qu'il a employé dans ce cas, et qu'il propose pour l'avenir, est le suivant : premier temps, résection sous-périostée, avec la scie à chaîne ou le ciseau, d'un segment du péroné au-dessus de la malléole externe, que l'on laisse attachée à l'astragale et au calcanéum; deuxième temps, décollement du périoste sur l'extrémité inférieure du tibia et luxation du pied en dehors; troisième temps, section de l'extrémité articulaire du tibia; quatrième temps, rugination ou section de la surface articulaire de l'astragale et rétablissement du pied dans sa position normale.

—

M. Constantin PAUL lit une note sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination.

Depuis que nous cultivons le vaccin sur la génisse, dit-il, nous avons à notre disposition des quantités de vaccin qui permettent de recourir à des procédés plus efficaces pour le faire pénétrer. Le nouveau procédé qu'il a inventé consiste à couvrir d'abord la tumeur d'une couche de vaccin, puis à dessiner sur le liquide, au moyen d'une aiguille tranchante, des incisions superficielles qui seront plus tard les digues cicatricielles, c'est-à-dire les digues opposées à l'extension de la tumeur et à la rupture de ses vaisseaux. C'est le procédé qu'il a adopté pour la vaccination ordinaire. Il présente un enfant qu'il a opéré il y a six mois. Chez cet enfant, la tumeur avait des proportions considérables; elle couvrait presque toute la nuque et un quart de la surface crânienne. La plaie a mis trois mois à se cicatriser. On peut aujourd'hui constater que l'inoculation a pris partout; la cicatrice forme une surface

continue; elle est blanche, ne comprenant que le derme, qui est dévascularisé; le développement des vaisseaux sous-cutanés soulève encore la cicatrice dans une certaine étendue; d'après les résultats obtenus dans les autres cas qu'il a ainsi opérés, M. Constantin Paul espère qu'il y aura plus tard une atrophie de ce tissu.

M. Blot reproche à ce procédé de faire perdre du temps quand il s'agit de tumeur volumineuse; au lieu d'appliquer le vaccin d'abord et de faire ensuite les scarifications, il préfère pratiquer les scarifications et n'appliquer le vaccin qu'après.

M. Jules Guérin préfère les simples scarifications sous-cutanées. Il rappelle avoir guéri plusieurs malades par ce procédé.

—

M. Gosselin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Guyon et Tillaux, li un rapport sur un mémoire de M. le docteur Périer, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, intitulé : *Deux observations de taille sus-pubienne avec distension préalable du rectum (méthode de Petersen).*

Deux motifs principaux ont éloigné jusqu'ici les chirurgiens d'adopter la taille sus-pubienne comme méthode générale pour l'extraction de la pierre : le premier est la crainte d'ouvrir le péritoine; le second, la difficulté de s'opposer, après l'opération, à l'infiltration de l'urine au devant de la vessie et à ses conséquences. L'objet principal du mémoire de M. Périer est de faire connaître un procédé nouveau destiné à garantir le péritoine dans le premier temps de l'opération. On y trouve aussi des détails intéressants sur la prophylaxie de l'infiltration urineuse.

Le docteur Petersen (de Kiel), en vue d'éviter le maniement difficile, chez certains sujets, de la sonde à dard, emploie l'injection vésicale de Roussel, mais en y ajoutant une propulsion de la vessie en haut et en avant au moyen d'un pessaire en caoutchouc (Le Gariel) qu'il introduit vide dans le rectum et qu'il remplit d'eau ou d'air. Le pessaire, en se distendant, fait remonter la vessie et avec elle le péritoine, ce qui permet d'inciser avec plus de sécurité la paroi abdominale et le réservoir urinaire. C'est ce procédé qne M. Périer a mis en usage le premier en France, et ce sont les résultats qu'il a obtenus qui font l'objet de son travail. Il rapporte deux observations qui, selon M. Gosselin, semblent prouver que la distension du rectum, préalablement à la taille hypogastrique, est un auxiliaire utile et qui mérite d'être signalé.

M. Périer s'est aussi préoccupé des moyens propres à éviter l'infiltration urineuse; pour cela, il a eu recours aux moyens suivants : pendant les vingt jours qui précèdent l'opération, il fait une injection quotidienne d'émulsion de gaultheria (essence de Wintergreen) dans la vessie. On sait que, depuis quelques années, on combat la cystite muco-purulente par les injections antiseptiques. En même temps, il fait prendre chaque jour aux malades 1 gr. 50 de salicylate de soude, pour rendre l'urine aseptique. M. Gosselin faisait prendre, dans le même but, il y a une quinzaine d'années, avant l'uréthrotomie interne, de la tisane de pariétaire en grande quantité, et, plus tard, de l'acide benzoïque aux futurs opérés atteints de cystite ammoniacale. Les soins consécutifs employés par M. Périer ont surtout pour but de faciliter la sortie complète de l'urine au delà de la plaie. Pour cela, il met dans la vessie deux longs siphons, l'un par la plaie, l'autre par l'urèthre. Ajoutons que pendant comme après l'opération, M. Périer a eu recours à toutes les précautions de la méthode antiseptique.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de renvoyer son travail au comité de publication.

—

M. Briquet lit un travail intitulé : *De la prédisposition à l'hystérie.* Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° La prédisposition à l'hystérie par les influences menstruelles présente quelque chose qui lui est particulier et qui est fort remarquable.

Sur 42 cas d'hystérie complète, développée sous l'influence des troubles menstruels, il s'en est trouvé un dans lequel les menstrues ont réapparu au bout de deux ans, où tous les accidents hystériques s'étaient complètement dissipés et où la santé s'était rétablie.

2° Un cas où la suppression des menstrues et les accidents hystériques avaient duré un an et demi, après quoi tout s'était dissipé et la santé s'était rétablie.

3° Un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition complète des menstrues après onze mois de suspension.

4° Deux cas de disparition complète de l'hystérie et de réapparition des menstrues après dix mois de suspension.

5° Un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition des menstrues après huit mois de suspension.

6° Deux cas après sept mois de suspension.
7° Deux cas après six mois de suspension.
8° Deux cas après cinq mois de suspension.
9° Enfin un cas après quatre mois de suspension.

Ainsi, sur un ensemble de 42 sujets devenus hystériques à la suite des troubles de la menstruation, il s'en est trouvé 31 chez qui l'hystérie s'est dissipée aussitôt après la réapparition des menstrues, après une suspension qui avait duré de deux ans à quatre mois. Ce fait est de la plus haute importance et fournit une indication de premier ordre.

— La séance est levée à cinq heures.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Paraplégie périphérique* (peripherial paraplegia), par le docteur John FERGUSSON. — Il existe des cas de paraplégie dont les symptômes sont difficiles à interpréter et ont une marche telle qu'après une période de gravité, plus ou moins longue, ils se terminent par la guérison. Le début de la maladie est caractérisé par des sensations anormales dans les bras et les jambes et par de l'engourdissement douloureux, envahissant progressivement les membres et toute la surface du corps. Après quelques jours ou quelques semaines, on observe la diminution de la motilité; le phénomène du tendon réflexe, l'hyperesthésie générale ou circonscrite, la difficulté de la miction, la constipation, la douleur en ceinture. En même temps la respiration et l'intelligence restent intactes. La marche de la maladie est progressive; mais l'ordre suivant lequel les régions sont envahies est variable.

Les auteurs placent le siège des lésions morbides, les uns dans l'encéphale, les autres dans la moelle, ou les extrémités périphériques des nerfs.

L'encéphale est hors de cause, car les paralysies d'origine cérébrale sont unilatérales excepté dans trois cas : 1° dans la paralysie des aliénés; 2° dans la paralysie des fibres nerveuses altérées au delà du point où elles subissent la décussation; 3° dans la paralysie des lésions cérébrales symétriquement situées. Ces diverses hypothèses ne concordent pas avec la marche de la maladie actuelle; donc la pathogénie de l'affection est autre.

Ceux qui placent le siège de la maladie dans la moelle appuient leur opinion : 1° sur le bilatéralité de la paralysie; 2° sur sa forme qui est celle d'une paraplégie; 3° sur la présence de douleurs en ceinture; 4° sur les troubles simultanés de la motilité et de la sensibilité; 5° sur la perturbation des fonctions organiques.

On peut objecter à cette dernière opinion : 1° que les extrémités des membres sont les premières atteintes; 2° que la paralysie s'étend ensuite à la surface du corps; 3° que la sensibilité est atteinte avant la motilité; 4° que la douleur en ceinture se montre tardivement, ainsi que les troubles fonctionnels du rectum et de la vessie.

Enfin, si les altérations portent sur les extrémités nerveuses périphériques, on doit considérer la maladie comme une névrite diffuse des extrémités nerveuses, se propageant vers les troncs, et, de là, jusqu'à la moelle. Cette explication est une interprétation de la marche des phénomènes morbides. A ce point de vue, elle a une certaine valeur supérieure à celle des autres hypothèses.

Comme traitement, le massage et l'ergot, employés pendant longtemps, sont les seuls moyens qui paraissent donner quelques résultats favorables et hâter la guérison (*The Canada Journ. med. sc.*, 1881, juin, p. 170). — Ch. É.

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 9 au 15 septembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 935. — Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 18. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 42. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 79. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchites aiguës, 16. — Pneumonie, 47. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 58; au sein et mixte, 30; inconnu, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 75; circulatoire, 68; respiratoire, 35; digestif, 59; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 6.

CONCLUSIONS DE LA 37e SEMAINE. — La mortalité générale reste faible, puisque nous n'avons eu en cette 37e semaine que 935 décès; c'est pourtant 15 de plus que la précédente

semaine, qui (défalcation faite des victimes de la catastrophe de Charenton) n'en comptait que 920. L'augmentation porte notamment sur les victimes de la Fièvre typhoïde, maladie qui, depuis six semaines, augmente presque régulièrement ses sévices. On peut en juger par les successions suivantes du nombre des typhiques des deux sexes, en traitement chaque semaine dans les hôpitaux depuis le 30 juillet : 166, 175, 204, 248, 265, 317, 310, 309. Cependant, à part la Diphthérie qui se maintient à une moyenne redoutable d'environ 40 décès hebdomadaires, les autres épidémies sont plutôt en baisse. La Variole particulièrement nous paraît avoir été réduite à son plus faible tribut, sans doute par les efforts de nos praticiens vaccinateurs.

Il y a lieu de remarquer que, par ces temps d'épidémie typhique, les décès attribués aux autres maladies des voies digestives sont également en hausse, peut-être par le fait d'erreurs de diagnostic qui ont fait méconnaître le fond typhique de certaines formes anormales d'affections des voies digestives; mais on remarquera qu'au contraire ces mêmes maladies dans la première enfance (ou athrepsie) ont très notablement diminué en même temps que les chaleurs de juillet (fin juillet on comptait 254 décès athrepsiques par semaine, il n'y en a plus actuellement que 95).

En ce qui concerne la répartition dans Paris de ces maladies causes de mort, on trouve :

1° Pour la Fièvre typhoïde, 3 décès dans le quartier *Notre-Dame-des-Champs*, dont 2 ont été fournis par la maison militaire d'arrêt et de correction de la rue du Cherche-Midi et encore 3 dans le quartier des *Quinze-Vingts* ;

2° Pour la Diphthérie, on trouve aussi quelques noyaux de concentration qu'il importe de noter : 3 décès dans le quartier de la *Roquette* (dont 2 dans la rue de ce nom) et sévissant sur de jeunes enfants de deux ans ou au-dessous; 3 encore dans le quartier de *Charonne*. Dans ces deux quartiers, les enfants étaient gardés dans les familles; mais il se rencontre aussi 3 décès dans le quartier des *Épinettes*, dont 2 d'enfants fréquentant l'école. Le fait, dénoncé à l'Administration, a donné lieu aux mesures préservatrices nécessaires.

D[r] Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## FORMULAIRE

### Pommade contre la pelade. — Eichorst.

| | | |
|---|---|---|
| Salicylate de soude. . . . . . . . . . . . | 5 | grammes. |
| Acide phénique . . . . . . . . . . . . . . | 2 | — |
| Axonge. . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 40 | — |

F. s. a. une pommade, avec laquelle on fera une onction tous les jours, pour combattre la pelade, que l'auteur considère comme étant souvent de nature parasitaire. — N. G.

## COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boites en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

La fièvre jaune. — On annonce l'arrivée, en rade de Pauillac, des vapeurs l'*Edgard* et le *Condé*, venant du Sénégal.

L'*Edgard* a perdu six hommes dans sa traversée, cinq de fièvre jaune, un de fièvre et d'hémorrhagies. Un septième décès a eu lieu au lazaret de Trompeloup le jour du débarquement du malade à l'infirmerie. Ce dernier n'était atteint que depuis trois jours à son arrivée en France.

Le *Condé*, parti également de Saint-Louis, mais quelques jours plus tard (le 22 août), a compté 12 décès de fièvre jaune dans la traversée, décès qui se sont échelonnés jusqu'au jour de l'arrivée en Gironde le 9 de ce mois. A l'arrivée, il existait huit malades, dont trois très gravement.

Malades, convalescents et passagers des deux navires ont été débarqués au lazaret pour y subir une rigoureuse quarantaine.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltesté et C[e], rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# ÉPIDÉMIOLOGIE

## Documents sur la fièvre typhoïde en Algérie (1);

Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux,

Par F. SOREL,

Médecin-major de 2e classe attaché aux hôpitaux de la division de Constantine.

*Conditions individuelles.* — Comme en France la prédisposition des recrues est celle de l'âge, rendue plus efficace par l'agglomération d'organismes également sensibles, et l'influence dépressive des épreuves tant physiques que morales que comporte un changement aussi complet d'existence. En Algérie, il y a en plus l'expatriation.

Le nombre proportionnel des autres classes est en outre diminué, par cela même que les plus prédisposés ont payé leur tribut comme recrues; et cela est si vrai que l'artillerie et le train des équipages ne recevant en général que des hommes ayant accompli une année de service en France, lorsque ceux-ci arrivent de localités saines pour habiter un milieu d'endémicité ou rencontrent une épidémie, ils sont atteints en aussi forte proportion.

A Constantine, sur 22 soldats de cette catégorie, 1 seul, engagé volontaire, avait moins d'un an de service; 8 étaient dans leur troisième année; 2 dans leur quatrième; les autres comptaient de dix-huit à vingt mois de présence sous les drapeaux.

*Séjour en Algérie.* — Quant à la durée du séjour en Algérie, les exemples ne se comptent plus d'hommes atteints de fièvre typhoïde au bout de plusieurs années, les individus nés dans le pays sont aussi bien frappés. Cependant, et c'est là surtout un effet de la prédisposition due à l'âge, ainsi qu'une question d'occasion d'endémie ou d'épidémie, beaucoup de soldats sont atteints avant l'expiration de leur première année d'habitat, vers le neuvième ou dixième mois, à la première recrudescence automnale.

Mes observations donnent sensiblement les résultats trouvés par M. Frison à

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 septembre.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Que mon premier mot aujourd'hui soit un mot de gratitude et d'hommage adressé à M. Pasteur. Son voyage à Pauillac est un acte de courage. Malgré ses immortels travaux, malgré son génie, une tache éternelle ternit le nom de Galien, et la postérité ne lui a pas pardonné son lâche abandon de Rome en proie à une épidémie de peste. M. Pasteur, qui n'est pas de la première jeunesse (il est né en 1822), dont la santé a été déjà perturbée par un grave accident, M. Pasteur, dans l'éclat de sa carrière, dans tout le retentissement que donnent à son nom ses admirables découvertes, alors qu'il devrait prendre un peu de repos si légitimement gagné, M. Pasteur supprime ses vacances, abandonne l'air vivifiant de ses montagnes du Jura et va s'enfermer où? dans un lazaret, en compagnie de quelques malheureux apportant du Sénégal l'affreuse fièvre jaune, pour chercher dans leurs déjections, et au péril de ses jours, le microbe cause peut-être de cette horrible affection, et arriver, c'est son espoir, par ses savantes et patientes cultures, à trouver le vaccin du vomito negro, comme il l'a trouvé pour le charbon et pour le choléra des poules.

Quel que soit le résultat de ce voyage, il n'en fait pas moins le plus grand honneur à M. Pasteur. Alors même que ses généreuses espérances ne seraient pas réalisées, ce serait avoir fait preuve de grand courage que d'avoir tenté ces périlleuses expériences sur une maladie qui, par infection ou par contagion, terrasse en quelques heures les plus robustes.

Qu'elle épargne au moins les plus vaillants, et, à ce titre, M. Pasteur sera préservé.

Mais se figure-t-on réalisées toutes les prévisions, toutes les espérances de M. Pasteur? La

Tenès (1), soit près des deux tiers des hommes ayant moins d'une année de séjour en Algérie.

La fièvre typhoïde n'épargne pas les soldats indigènes, mais ils paient un léger tribut à la maladie, contrairement à ce qu'on eût pu supposer, puisque, de la vie à l'air libre, ils passent à la vie commune en caserne, et que pour eux un régime animalisé remplace une nourriture presque exclusivement végétale. Sont-ils réfractaires par aptitude originelle? Je n'ai pas les éléments nécessaires pour effleurer même cette question (2).

(1) Frison. Mémoire cité. In *Recueil de mém. et de méd. milit.*, juin 1867.

(2) On s'est demandé si la fièvre typhoïde pouvait se rencontrer chez l'indigène vivant de sa vie propre; voici un exemple qui met la chose hors de doute.

Attirée par la réputation d'habileté que s'est faite M. Dieu, médecin en chef de l'hôpital militaire de Sétif, en améliorant par des opérations diverses et bien conduites la vue d'un grand nombre d'Israélites et d'Arabes, une jeune fille indigène habitant un douar des environs du bordj de Takitount, situé sur la route de Sétif à Bougie, la nommée Fathma-bent-Abdallah, âgée d'environ 18 ans, atteinte de leucomes centraux qui la rendaient aveugle, arrivait conduite par ses parents à l'hôpital où elle entrait le 12 août 1880.

Dès son entrée, Fathma se faisait remarquer par une inquiétude anormale et présentait une fièvre vive le 13 août; alors se déroulaient les symptômes d'une fièvre typhoïde grave d'emblée, à forme ataxo-adynamique, avec température élevée; pas de taches rosées appréciables, mais la pression dans la fosse iliaque droite était très douloureuse. La marche quasi foudroyante de la maladie ne put être enrayée par les bains froids et la malade succombait le 18 août à huit heures du matin.

A l'autopsie, on trouva un peu de congestion méningée et pulmonaire; une rate hypertrophiée probablement par des accès de fièvre tellurique antérieurs, mais non diffluente; enfin les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde : tuméfaction des ganglions mésentériques; larges infiltrations des plaques de Payer au voisinage de la valvule iléo-cœcale et des follicules isolés faisant une saillie telle qu'ils ressemblaient à des boutons de variole. Il y avait à peine trace d'ulcération au début, et les lésions ne remontaient pas très haut dans l'intestin grêle. Le gros intestin ne présentait aucune altération notable.

Ainsi donc voilà, chez une indigène, une fièvre typhoïde devenue mortelle le septième ou huitième jour et contractée dans son douar; le hasard seul a permis de constater la maladie. Des cas semblables doivent se reproduire dans les tribus, et si l'on pouvait y regarder de près, je crois qu'on perdrait les illusions qui ont cours au sujet d'une prétendue immunité des indigènes pour la fièvre typhoïde, comme il a déjà fallu les perdre pour la phthisie pulmonaire aussi fréquente chez eux que chez nous, en Algérie, dans les mêmes conditions.

---

syphilis a trouvé son vaccin, le choléra aussi, la fièvre jaune de même, la tuberculose peut-être aussi! C'est si éblouissant qu'on ferme les yeux ou qu'on se croit atteint de vertige. C'est bien le cas de répéter le refrain de notre ami Compérat :

Je ne suis pas curieux
Mais j'voudrais bien voir ça.

De toutes parts, du reste, on est à l'œuvre, et partout, grâce à la rapidité et à la sécurité des transmissions, les recherches de M. Pasteur sont répétées. Nul doute que d'Amérique, berceau de la fièvre jaune, que de l'Inde, berceau du choléra-morbus, ne nous arrive la nouvelle de travaux et de recherches tentés selon la méthode et les procédés de M. Pasteur. Oui, les esprits sont en fermentation, l'étiologie se transforme, la pathogénie entre dans de nouvelles voies, *novus rerum nascitur ordo.*

Prions Dieu que le succès couronne tous ces généreux efforts!

*
* *

A Excideuil, chef lieu de canton de la Dordogne, vient de mourir, âgé de 76 ans, un confrère qui, depuis 1830 et sauf quelques courtes interruptions, faisait partie de la Chambre des députés. Il allait même présider, comme doyen d'âge, les premières séances de la nouvelle législature, et c'était d'un bon exemple de la part d'un médecin.

Mais n'êtes-vous pas étonné que, sur une assemblée de près de six cents personnes, le plus âgé de ses membres ait à peine atteint la 76e année? C'est que probablement le suffrage universel n'a pas le culte de la vieillesse.

*Examen critique de la doctrine de la fièvre typhoïde palustre.* — Ici se place la question d'une origine toute spéciale par transformation typhoïde d'une fièvre d'origine primitivement palustre.

La conception d'une fièvre typhoïde palustre, développée par le professeur Colin en 1870, dans son *Traité des fièvres intermittentes* (1), objet plus tard d'un mémoire spécial (2), est exposée de nouveau dans un chapitre du dernier et récent ouvrage de l'auteur, le *Traité des maladies épidémiques* (3), livre remarquable par l'ampleur des vues et l'élévation des idées, œuvre considérable qui comble une lacune dans notre littérature médicale (4), et sera longtemps le guide de ceux qu'intéresse l'épidémiologie. Deux courtes citations suffiront à faire comprendre l'économie de la doctrine.

« Si les points d'appel ordinaires de la fièvre typhoïde sont les centres populeux « où prédominent les miasmes d'origine animale, l'affection peut aussi résulter « des émanations telluriques. Elle en provient, suivant nous, d'une manière indi- « recte, grâce aux modifications subies par l'organisme sous l'influence des formes « les plus fébriles de l'impaludisme, spécialement des fièvres continues et rémit- « tentes. Le miasme palustre provoque pour ainsi dire le miasme humain, qui « intervient ici encore comme facteur indispensable de la fièvre typhoïde (5).

« Dans la majorité des cas, les deux maladies règnent simultanément, c'est en « la même saison qu'elles font explosion, c'est sur les mêmes corps de troupes « qu'elles se manifestent. Il y a plus, c'est sur les malades atteints de rémittence « palustre que nous avons vu alors se manifester surtout la fièvre typhoïde, trou- « vant à l'autopsie, d'une part, la rate fortement pigmentée de la fièvre perni- « cieuse; d'autre part, les ulcérations des glandes de Peyer.

« En somme, coïncidence épidémique et coïncidence individuelle (6). »

Malgré l'autorité qui s'attache aux recherches et au nom du professeur Colin,

(1) L. Colin. *Traité des fièvres intermittentes.* Paris, 1870, pages 270-276.

(2) *Archives gén. de méd.*, t. II, 1878.

(3) *Traité des maladies épidémiques.* Paris, 1879, pages 806-811.

(4) Le livre de A. Laveran a été fait au point de vue spécial de l'armée; il est très précieux à consulter pour tout ce qui la concerne.

(5) L. Colin. *Archives générales de médecine,* t. II, 1878, page 441.

(6) Ibid. *Traité des maladies épidémiques,* page 807.

---

Gibier à poil, gibier à plumes, ne pleurez pas la mort du docteur Chavoix (d'Excideuil). On sait, en effet, que cet honorable député était l'auteur d'un projet de loi en vertu duquel le prix du permis de chasse était réduit à 1 fr. 50 c. Le projet du docteur Chavoix fut rejeté par la dernière Chambre; mais notre honorable confrère, quoiqu'il ne fût pas né sur la terre armoricaine, possédait toute la persévérance, toute l'obstination d'un Breton véritable, et son premier soin, après sa réélection du 21 août dernier, avait été de remettre à neuf son fameux projet de loi sur les permis de chasse, ce qui faisait dire à un chasseur de mes amis, qu'après trois ans de l'adoption de cette loi, un lièvre coûterait en France trente francs, un perdreau vingt francs et une caille dix francs.

Mes contemporains se souviennent peut-être aussi des vifs et très vifs démêlés du docteur Chavoix avec le maréchal Bugeaud. L'électeur d'Excideuil se disait sans doute :

Entre les deux mon cœur balance,

car tantôt il votait pour l'un, tantôt pour l'autre. Mais il y a là-dessous des souvenirs politiques que je ne veux pas réveiller, et je me dis : *Fuge... latet anguis in herba.*

Que voulez-vous? tant que je n'y serai pas forcé, j'éloignerai la politique de ces humbles *Causeries.* Non pas par peur, à mon âge on n'a plus peur de rien, mais par ce sentiment de radicale impuissance d'un journal comme le nôtre à modifier en quoi que ce soit l'opinion publique; de plus, par l'impossibilité de contenter celui-ci et celui-là, car, hélas! mille fois hélas! notre confrérie ne diffère d'aucune autre corporation que la politique divise. Écoutons, écoutons les Saintes Écritures : « Tout royaume divisé périra! »

***

dont je m'honore d'être l'élève, malgré le talent et l'ardente conviction avec lesquels il soutient ses idées, je ne saurais, pour le moment, admettre l'existence d'une fièvre typhoïde d'origine palustre, ne trouvant pas dans les faits la confirmation de sa réalité.

Coïncidences épidémiques et coïncidences individuelles; examinons chacune de ces propositions.

A. *Coïncidences épidémiques.* — Le champ d'action de la rémittente, produit du sol et du climat, est général, et, chaque année, sa période d'activité concorde avec le retour de la saison chaude. Issue de la rémittente, la fièvre typhoïde palustre devrait aussi chaque année réapparaître régulièrement et se généraliser comme la rémittente elle-même. On devrait la rencontrer dans les petites localités, les fermes isolées aussi bien que dans les grandes villes, et même mieux encore puisque celles-ci sont soustraites jusqu'à un certain point à l'influence palustre; mais il est loin d'en être ainsi, et la fièvre typhoïde inconnue dans les petits centres, à moins d'importation ou d'épidémie de cause spéciale, renaît chaque année dans les villes où elle est souvent endémique.

La vie de caserne remplaçant la vie des camps en Algérie, écrit M. Colin lui-même d'après une communication orale de M. l'inspecteur Gueury, les dangers des miasmes humains et de la fièvre typhoïde sont aujourd'hui substitués à ceux des miasmes et de la fièvre tellurique (1). Il ne saurait y avoir coïncidence et filiation épidémique là où les chances typhoïdes augmentent à mesure que baissent les risques de l'intoxication palustre.

Attaché en 1877 au 2e bataillon de chasseurs à pied, je débarquais avec lui en Algérie à la fin du mois d'octobre pour aller tenir garnison à Miliana; l'effectif du bataillon fut complété par l'arrivée des recrues et d'hommes provenant du 30e bataillon, en décembre suivant. Il me fut donc facile de voir comment des hommes indemnes de toute intoxication tellurique antérieure, dont beaucoup récemment incorporés, allaient réagir devant l'influence nouvelle du sol et du climat. Du 1er mai au 31 décembre 1878 les chasseurs fournirent :

(1) L. Colin. *La fièvre typhoïde dans l'armée.* In *Recueil de mém. de méd. milit.*, septembre-octobre 1877, page 499.

---

Vous avez dû sourire en lisant la courte note par laquelle le confrère qui a assisté le président Garfield à ses derniers moments explique la cause de sa mort :

« Le docteur Bliss attribue la mort de M. Garfield à une névralgie du cœur, amenée par la formation d'un grumeau de sang dans le voisinage du cœur, empêchant ainsi la libre circulation du sang. »

Peut-on imaginer rien de plus cocasse, et de quelle manie sont donc saisis tous ces grands et petits journaux de s'occuper de médecine?

***

L'ai-je souvent dit et répété, mais bien vainement : l'homme mange trop! Je parle de l'homme riche qui peut satisfaire et exciter au besoin tous les appétits, et non du malheureux paysan de mon pays, dont le premier repas du matin se compose d'un morceau de pain et d'un oignon cru, ce qui le conduit jusqu'au souper, repas bien nommé, car c'est la soupe toute seule qui en fait les frais. Mais voulez-vous assister au dîner d'un des plus puissants princes de la terre? Lisez ceci :

ALEXANDRE III A TABLE. — En dépit des peines de famille et des préoccupations politiques, l'empereur Alexandre III paraît jouir d'un estomac éminemment russe, à voir le menu quotidien de la table impériale, qu'un journal de Saint-Pétersbourg vient de passer en revue.

Le dîner est précédé du *zakouska* national; c'est l'introduction du repas. Le *zakouska* consiste en caviar, harengs, saumons fumés, sardines, oie fumée, saucissons, fromage, pain et beurre. A cela il faut ajouter des raves crues, baignées dans l'eau-de-vie et importées du Danemark par la czarine.

Tous ces mets sont servis dans des plats d'or émaillés, installés un peu partout sur des

| | |
|---|---|
| Fièvre intermittente . . . . . . . . | 39 |
| — rémittente. . . . . . . . . . | 30 |
| Embarras gastriques fébriles . . . . | 16 |
| Ictères simples. . . . . . . . . . . | 13 |
| Dysenterie aiguë. . . . . . . . . . | 3 |
| Fièvre typhoïde . . . . . . . . . . | 4 |

La proportion des fièvres rémittentes fut considérable suivant les lois que le professeur Colin a mises en lumière, et cependant la fièvre typhoïde fut rare. Nous avons vu qu'elle fut importée par les artilleurs arrivant du camp d'Hussein-Dey.

Née par importation avant l'apparition des rémittentes, en juin, elle ne put se maintenir dans la garnison malgré la prédisposition qu'eussent dû engendrer celles-ci. Elle n'a pu davantage trouver un terrain favorable d'origine ou de développement dans les cas assez nombreux de fièvres intermittentes à accès prolongé avec état gastrique prononcé.

Le professeur du Val-de-Grâce donne comme exemple de la transformation typhoïde l'explosion épidémique du camp de Pontgouin (1). Elle me paraît devoir être rapportée à l'habitation sous la tente, avec cette circonstance aggravante de l'agglomération d'hommes de prédisposition identique et déprimés par l'action d'une pluie continue qui les condamne à la réclusion. Et il s'agit ici de la tente-abri, véritable laboratoire de méphitisme pendant la nuit, suivant l'expression de M. Frison (2), et j'ajouterai plus encore quand elle est occupée jour et nuit en temps de pluie.

J'ai insisté plus haut à dessein sur la nocuité des camps parce que le professeur Colin, qui en signale tous les inconvénients en divers endroits de ses écrits, ne la fait pas intervenir dans l'épidémie de Pontgouin. Et cependant c'est après sept jours de pluie, c'est-à-dire de réclusion, que la maladie apparaît, et malgré la levée du camp, elle se généralise si bien que 650 hommes environ étaient frappés au 1er novembre, un mois après la constatation du premier cas.

Comment faire intervenir ici l'impaludisme? il ne saurait être question de ses formes les plus fébriles, nous sommes en France et au mois d'octobre, période

(1) L. Colin. Travail cité ci-dessus, page 481. — Régnier, même recueil, t. XXXII, 3e série, année 1876.

(2) Frison. *Loc. cit.*

petites tables, dans tous les coins et niches de la salle à manger, et formant autant de buffets miniatures dont on fait le tour à volonté et où l'on puise suivant son appétit. En même temps, sur les crédences s'étendent des batteries formidables de bouteilles de wodka, bitter, kumel, cognac, liqueurs et genièvre.

Après s'être ouvert l'appétit par ce *zakouska* national, l'on se met enfin à table. La soupe est servie. La soupe favorite est préparée avec un esturgeon, expédié du Wolga, ainsi qu'un autre potage, le *schstschi,* la quintessence des soupes russes.

Comment ce schstchi est-il préparé? cela est difficile à dire; la recette en est tenue cachée comme un secret de famille. Cependant en voici à peu près la préparation : une pièce de mouton maigre et juteuse, une autre de veau également saignant, quelques oignons, de l'ail, des herbes, des navets; tous ces ingrédients se cuisent comme un bouilli ordinaire. Après cuisson, la viande est coupée en petits jetons qu'on laisse nager dans la soupe.

Une autre soupe nationale, l'*okroska*, obtient aussi les faveurs de l'empereur de toutes les Russies. C'est une décoction de poires, prunes, avoines et gruau, où nagent de petits morceaux de viande, de harengs et de courge.

Après la soupe viennent des côtelettes de poulet à la poscharski; c'est un poulet haché menu, grillé avec du pain et des œufs, et servi sous forme de côtelettes; puis de la viande de porc, cuite dans le lait, accompagnée d'une sauce très pimentée; un rostbeaf, toutes sortes de gibier, des tourtes, des fruits et des glaces. Comme vin, la table impériale nè porte que des meilleurs crus de la Bourgogne et du Bordelais.

Ce menu subit parfois quelques variantes selon les saisons; mais il est toujours aussi copieux, ce qui prouve que les tracas d'esprit n'exercent guère d'action sur les exigences de l'estomac impérial.

habituelle de la recrudescence typhoïde, et si au début on croit à des fièvres intermittentes, il n'en est plus question aussitôt qu'on a été fixé sur la nature typhoïde de la maladie. Il est difficile d'admettre une transformation générale, et alors où serait le point de repère pour affirmer l'origine palustre? Il n'y aurait plus coïncidence épidémique.

B. *Coïncidences individuelles.*—Le professeur Colin regarde comme tranchant à peu près la question l'observation suivante, tirée de son *Traité des fièvres intermittentes* (1), et reproduite dans son mémoire sur la fièvre typhoïde palustre. Je la résume :

Pécazani, grenadier au 59e de ligne, soldat vigoureux, depuis trois ans en Italie, sans entrées à l'hôpital, arrive au mois de mai 1866 à Civitta-Vecchia, et est employé comme moniteur des bains. Étant sur la plage le 8 juillet, il est pris de céphalalgie avec vomissements, et perd connaissance.

Il est ramené au quartier, où on lui administre un vomitif et du sulfate de quinine; la connaissance revient rapidement, mais la fièvre s'allume, persistante, et quatre jours après, à la suite de délire et d'agitation nocturne, le malade est dirigé sur l'hôpital le 12 juillet.

L'état s'aggrave, l'affection présente les caractères d'une fièvre typhoïde, et la mort arrive le 16 juillet, au neuvième jour de la maladie.

A l'autopsie, on trouve les lésions intestinales de la fièvre typhoïde; la rate, doublée de volume, est ramollie.

Le soldat, dit M. Colin, de par son ancienneté de service et sa constitution, n'avait aucune prédisposition à contracter la fièvre typhoïde; d'autre part, pas de fièvre typhoïde à l'hôpital depuis six mois, et le cas resta unique, tandis que survenaient des rémittentes bénignes et trois accès pernicieux, dont deux mortels; d'où conclusion : la mort a été causée par une fièvre rémittente comateuse devenue typhoïde.

Pourquoi ce diagnostic de fièvre rémittente comateuse appliqué au début de la maladie? Le malade reprend connaissance et est gardé à la caserne, où on lui administre un vomitif. Eût on agi ainsi en face d'un accès pernicieux, d'autant plus que l'état du malade n'est jugé devoir motiver l'entrée à l'hôpital que le 12 juillet, après quatre jours de maladie et une nuit d'agitation?

L'état de santé habituel du soldat, son ancienneté de service, ni ce fait que

(1) Léon Colin. *Traité des fièvres intermittentes.* Paris, 1870, p. 274, obs. XXIII.

---

***

Je ne suis pas suffisamment renseigné sur la longévité de la famille régnante de Russie, et je ne sais quelle influence ce régime peut exercer sur la durée de la vie, là où d'ailleurs des tragédies terribles viennent si souvent abréger l'existence de tant de souverains. Mais, comme contraste, allez visiter les Fuégiens au Jardin d'acclimatation, et voyez-les se repaître gloutonnement de viande crue qu'on leur donne d'ailleurs à discrétion. Mais voilà qu'une de ces dames en a consommé plus qu'il ne fallait, ce qui lui a fait connaître les inconvénients de l'intempérance. Quoique très souffrante, cette femme a obstinément refusé les soins du médecin de l'établissement pour s'abandonner aux soins les plus bizarres que lui prodiguait un de ses compatriotes, massages, frictions, insufflations, passes, toutes pratiques qui ont rendu presque immédiatement à la malade sa bonne humeur habituelle.

Eh! mon Dieu! faut-il aller jusque chez les Fuégiens pour voir jusqu'où peut aller la bêtise humaine? Entrons à la police correctionnelle, et écoutons ce qui s'y passe :

Le tribunal correctionnel de la Vienne vient de juger un sorcier auquel sa profession assurait des revenus dont l'indiscrète dame Justice vient de tarir la source.

Le sorcier Gilbert (Michel-Désiré) est affreux. C'est un petit homme obèse, avec des yeux gris profondément enfoncés dans leur orbite, et un visage tatoué par la petite vérole. La bouche ne connaît pas de bornes, et les lèvres très charnues révèlent des appétits dangereux.

Gilbert s'assied en souriant sur le banc des prévenus; il compte ensorceler aussi le tribunal.

Les faits qui motivent la poursuite dénotent une rare stupidité chez les plaignants :

Les époux Ravier habitaient avec leur fille, âgée de seize ans, la commune de Vendœuvre. Depuis longtemps, ils s'imaginaient être victimes de sortilèges. Les semences ne levaient pas;

l'origine de la maladie soit restée inconnue, ne peuvent prévaloir contre les données fournies par la maladie elle-même. C'est là, ainsi que l'indiquent les lésions bien développées, une fièvre typhoïde à début subit, à marche violente, comme j'en rapporte un cas plus loin (observation III), et qui remontait bien au 8 juillet.

L'hypertrophie de la rate avec ou sans ramollissement est précisément d'autant plus prononcée que la mort a été plus voisine du début de la maladie. On la retrouve dans les observations de M. L. Colin et de M. Frison pour l'Algérie, et elle est notée dans les traités classiques de Grisolle et de Jaccoud, ou les ouvrages spéciaux de Griesinger et de Murchison.

Et puis les fièvres palustres fournissent trois accès pernicieux et, de plus, aucun ne subit la transformation typhoïde; que deviennent les coïncidences épidémiques et individuelles? Ni d'un côté un cas isolé dont l'origine est restée inconnue, ni de l'autre une grave explosion de fièvre typhoïde comme au camp de Pontgouin, ne peuvent constituer une coïncidence épidémique, la transformation typhoïde eût été trop générale dans ce cas, comme elle fait trop défaut à Civitta-Vecchia.

Enfin, à quelle période de la fièvre palustre se ferait la mutation typhoïde? Rapide dans le cas de Pécazani, il est difficile d'établir que le poison palustre a précédé de quelques heures le poison typhoïde; d'autre part, les formes prolongées sont peut-être plus rares en Algérie, mais surtout elles peuvent toujours être rapportées à quelque complication.

Je négligerai les observations puisées dans les traités de Maillot, Haspel, Nepples; elles ont été recueillies à une époque où l'entité de la fièvre typhoïde était encore mal établie, et parfois sous l'influence d'idées abandonnées aujourd'hui. Rien ne prouve que, dans certains cas, ils n'aient eu affaire à des fièvres typhoïdes légitimes.

Quant aux faits relevés dans les rapports lus à l'Académie de médecine, de la coexistence des deux maladies, fièvre typhoïde et fièvre intermittente, dans les mêmes lieux, surtout à la suite de terrassements, ils trouvent leur explication dans l'apparition de la fièvre intermittente là où régnait déjà la fièvre typhoïde, ou bien dans l'explosion simultanée des deux affections par la mise à nu d'un sol contenant les éléments générateurs des deux intoxications palustre et typhoïde, ce qui a lieu surtout au voisinage des villes où la terre, renfermant le poison qui lui est propre, est souillée par des détritus animaux de toute nature.

C'est, du reste, aux faits nouveaux étudiés dans cette direction qu'il appartient

---

le bétail dépérissait, et la fièvre minait jusqu'à la famille. Ils pensèrent que les méchants génies s'acharnaient après eux et ils appelèrent à leur aide le sorcier Gilbert.

Celui-ci accourut. Il entra chez ses clients, la tête haute, un bâton à la main et demanda à boire et à manger.

Il avala le repas de ses hôtes et l'arrosa des meilleurs vins; il prolongea son festin jusqu'à deux heures du matin, et une fois ivre, il commença ses incantations.

Les paysans étaient en proie à la plus grande terreur. Gilbert psalmodiait des vers inintelligibles, élevait les bras, faisait des gestes désordonnés, s'agenouillait brusquement, bref remplissait toutes les formalités d'une excellente sorcellerie.

Cette première partie terminée, Gilbert annonça à ses hôtes que le diable était dans la maison et qu'il importait de l'en chasser. A cet effet, il éteignit la lumière en recommandant à ses hôtes d'observer la plus complète immobilité.

Il s'approcha alors successivement de la femme Ravier et de sa fille, qui tolérèrent docilement l'une et l'autre les attouchements indécents auxquels le sorcier se livra. Celui-c avait déclaré que ces derniers sortilèges avaient, au point de vue de la guérison, la plus grande importance.

On était arrivé à quatre heures du matin; une grande partie de la nuit ayant été ainsi employée à la conjuration des malins esprits, Gilbert se retira en emportant 25 francs pour ses peines.

Lorsque le paysan connut tous les détails de l'incantation de Gilbert, il comprit qu'il avait été volé et joué par l'aventurier. Il porta plainte et le prévenu Gilbert, qui a déjà subi cinq condamnations pour des faits analogues, vient d'être condamné à cinq ans d'emprisonnement.

*
* *

d'infirmer ou de confirmer l'existence d'une fièvre typhoïde palustre dans les termes posés par notre éminent maître.

Une impaludation antérieure et l'anémie palustre agissent-elles pour rendre plus rare l'éclosion de la fièvre typhoïde? Je n'ai aucune donnée à ce sujet; cependant, disons que les pénitenciers ne sont pas épargnés.

*(La suite à un prochain numéro.)*

## CORRESPONDANCE

*A Monsieur le rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

**SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE EN ALGÉRIE.**

M. Sorel me prête l'opinion qu'en Algérie, « après un séjour de six mois, toute fièvre con- « tinue pouvait être rapportée à l'impaludisme. » C'est la première nouvelle; car voici ce que j'ai écrit dans le mémoire qu'il a bien voulu citer :

« Règle générale : l'arrivée en Algérie est-elle récente de moins de six mois, *par exemple?* « Il y a une grande *présomption* en faveur de la fièvre typhoïde dothinentérique. Le séjour « en Algérie est-il ancien, et le malade a-t-il déjà eu antérieurement les fièvres? *Toutes les* « *probabilités* sont en faveur d'une fièvre à quinquina.

« Les deux faits suivants prouvent que cette règle *n'est pas absolue* :

« Premier fait. — Un homme du 2e régiment de la légion étrangère arrive pour la pre- « mière fois en Afrique en 1852. Il rejoint son corps à Batna, où il est atteint bientôt de « fièvre typhoïde dothinentérique. Peu de temps après, cette maladie, excessivement rare « dans cette localité, se déclare chez plusieurs militaires du même régiment, entre autres « chez un caporal qui se trouvait en Afrique *depuis plus de deux ans, et qui y avait déjà eu* « *les fièvres.....* »

Pour juger cette appréciation, portée en 1855, il faut savoir qu'en Algérie la fièvre dothinentérique débute très souvent par des accès intermittents, d'ordinaire quotidiens; or, à cette époque, les médecins recouraient aussitôt au sulfate de quinine et, la fièvre ne se coupant pas, ils augmentaient de plus en plus la dose du sel. Comme avec ce mode de traitement il y a eu coïncidence fréquente d'hémorrhagies et perforations intestinales, j'ai pensé qu'un diagnostic différentiel était nécessaire. Mais voici que l'examen le plus attentif des malades ne permettait pas, dans bien des cas, de distinguer la dothinentérique d'avec la continue paludéenne, les taches rosées s'étant rarement montrées. Eh bien, entre autres moyens de dia-

---

Et celle-ci donc, par laquelle je termine : est-ce chez quelques peuplades sauvages qu'on en peut voir le spectacle? Non, mais sur les places publiques de la moderne Athènes :

La gaieté est, évidemment, une chose relative; chacun est gai à sa façon, depuis l'Auvergnat qui prouve sa joyeuse humeur par un gros rire et de formidables coups de poing dans le dos, jusqu'à ce vieux gentilhomme de nous ne savons plus quelle comédie, disant en esquissant un sourire amer : Eh! eh! j'en ris aux larmes. Les prévenus qui, en état d'ivresse, ont voulu étrangler les sergents de ville, disent, eux aussi : J'étais gai! ceci est un troisième genre de gaieté.

L'homme traduit aujourd'hui devant la police correctionnelle n'a pas manqué de faire la réponse ordinaire. La *Gazette des tribunaux* relate en ces termes l'interrogatoire du prévenu :

— Quelle est votre profession? lui demande M. le président.

Le prévenu : Nécromancien.

M. le président : Ah! vous dites la bonne aventure.

Le prévenu (avec volubilité) : La bonne comme la mauvaise, peines, pertes, fortune, joie, deuil, mariage, héritage, procès, voyage, rendez-vous galant, le bien, le mal, le passé, l'avenir, de tout quelconque et même, Messieurs, d'intérêt.

M. le président : Ah! voyons, vous n'entendez pas donner une séance ici.

Le prévenu, ayant produit sur l'auditoire l'effet qu'on devine, se laisse entraîner à l'hilarité générale.

M. le président : Il n'y a pas de quoi rire; huissier, faites faire silence! (au prévenu) Vous passez votre vie en prison.

Le prévenu : Jamais pour ce qui est de l'honneur; c'est vrai que, quand je suis gai, je m'oublie avec l'autorité, mais on n'a que cela à me reprocher.

gnostic différentiel, j'ai indiqué le séjour plus ou moins ancien en Algérie, prévenant moi-même, dans l'exemple ci-dessus cité, que ce moyen n'était pas infaillible. Voilà tout.

Agréez, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments confraternels.

A. NETTER.

Nancy, le 17 septembre 1881.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA CURABILITÉ RELATIVE DE L'ÉPILEPSIE A LA SALPÊTRIÈRE, par le docteur Gabriel FERRAND. — Paris, 1881; Delahaye et Lecrosnier.

Les observations nombreuses, qui donnent à cette brochure sa valeur clinique, ont été recueillies sur les registres du service de M. le docteur Legrand du Saulle. Dans ce service, comme on le sait, un cahier destiné à chaque malade reçoit les notes médicales et les prescriptions thérapeutiques; de sorte que le dépouillement de ces cahiers offrait un grand intérêt. L'amélioration relative obtenue par l'emploi continu du bromure de potassium se montre dans la plupart des cas, même dans la folie épileptique. Quant à la guérison absolue, il est probable que les prétendus succès n'appartenaient pas à l'épilepsie vraie.

Pour obtenir des résultats thérapeutiques favorables, il est nécessaire de continuer pendant longtemps la médication bromurée; de donner, dès le début, 2 à 3 grammes de sel, et d'augmenter la dose de 0 gr 50 centigr. tous les mois ou tous les quinze jours. Au bout de trois à six mois, on arrive ainsi à administrer chaque jour 5 à 8 grammes du médicament.

Dès que les crises sont suspendues, le malade ne prend plus le bromure que six jours par semaine; au bout de quinze mois, pendant cinq jours, et après dix-huit mois, durant seulement quatre jours. Ne pas supprimer brusquement le bromure après une amélioration, et le continuer pendant longtemps, telles sont les règles de ce traitement qui, sur un total de 369 épileptiques a donné à MM. Voisin et Legrand du Saulle 207 résultats favorables, c'est-à-dire une amélioration notable de la maladie. Ces résultats sont encourageants et font espérer que la curabilité de l'épilepsie est une question dont on pourra, dans l'avenir, trouver la solution. — Ch. E.

LES ANÉVRYSMES VALVULAIRES DU COEUR, par le docteur Georges LAURAND, interne des hôpitaux de Paris. — Paris, 1881; Alexandre Coccoz.

Cette thèse est remarquable par le nombre des observations que l'auteur a pris soin de

---

M. le président : On a bien souvent à vous reprocher cela.

Le prévenu : Je suis adoré du public; quand j'arrive, tout le monde crie : « Ah ! voilà Lavater ! » Ils m'appellent Lavater.

Un agent est à la barre et lève la main pour prêter serment.

Le prévenu (regardant la main du témoin) : Ligne de vie, fortune, bravoure, bonté...

M. le président : Mais voulez-vous vous taire !

Un garde placé derrière le prévenu lui pose la main sur l'épaule pour le faire asseoir.

Le prévenu (regardant cette main) : Pouce développé et spatulé, énergie, entêtement.

M. le président : Si vous ne gardez pas le silence, je vais vous faire emmener et vous serez jugé par défaut.

Le prévenu : Je m'incline devant la loi qui parle, habitué à m'incliner devant le Destin.

La déposition de l'agent ne sort pas de l'ordinaire; le prévenu faisait du scandale, il est intervenu, a été outragé, puis frappé, enfin ce qu'on entend quarante fois par jour à la police correctionnelle.

M. le président (au prévenu) : Vous n'avez rien autre chose à dire que ce que vous avez dit : que vous étiez ivre ?

Le prévenu : Comme je vous dis : j'étais gai; alors, comme boniment, je tirais tout haut, en manière de rire, l'horoscope de personnes devant qui je travaillais; tout est venu d'un vieux monsieur qui s'est fâché, parce que j'ai dit : Tenez, Messieurs, voici un vieillard respectable que je ne connais pas; eh bien ! je vois que c'est un ancien apothicaire qui a fait un trou à la lune. Alors, il s'est mis à m'invectiver.

M. le président : En voilà assez !

Le tribunal condamne le nécromancien à un mois de prison.

Il cesse d'être gai en entendant cette condamnation et le public aussi. Mais les fidèles habitués le reverront un de ces jours.

Dr SIMPLICE.

recueillir dans les publications françaises et étrangères. Toutefois, cette étude est intéressante seulement au point de vue de l'anatomie pathologique, aucun signe ne permettant de diagnostiquer cette affection.

La pathogénie des anévrysmes valvulaires du cœur, comme l'établit le docteur Laurand, dépend de deux facteurs : 1° de la destruction de l'un des feuillets de l'endocarde valvulaire, par l'endocardite ou par l'athérome ; 2° de la pression sanguine. Enfin, dans quelques cas, la poche anévrysmale se produit par refoulement en masse de la valvule.

L'auteur a donc donné le tableau exact et les principaux caractères d'une affection rare, et contribué ainsi à faire connaître les particularités anatomiques et les complications que présentent ces lésions. — Ch. E.

Contribution a l'étude de l'orchite traumatique, par le docteur E. Couton. — Paris, 1881. Delahaye et Lecrosnier.

La partie la plus neuve et la plus intéressante de cette thèse est assurément l'étude expérimentale de l'orchite traumatique chez des chiens, dont on frappait les testicules avec un maillet. L'inflammation qui succédait au traumatisme était en général aiguë, s'accompagnait de vaginalite, et débutait tantôt par le testicule et tantôt par l'épididyme. Elle se terminait par résolution, par sclérose, ou par suppuration du testicule. Quelquefois, il existait une rupture de l'albuginée, avec issue des tubes séminifères.

Ces expériences donnent à la thèse du docteur Couton un véritable caractère d'originalité.

Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. de Lacerda, par l'entremise de M. de Quatrefages, fait présenter à l'Académie une note sur le permanganate de potasse employé comme antidote du venin de serpent.

Pour étudier, dit l'auteur, l'action de certaines substances chimiques et botaniques sur les effets produits par l'inoculation du venin de serpent, nous avons commencé, il y a deux mois, une série d'expériences, qui nous ont conduit à la constatation de faits de la plus haute importance scientifique et pratique.

Après avoir reconnu l'inefficacité plus ou moins absolue du perchlorure de fer, du borax, du nitrate acide de mercure, du tannin et d'autres substances chimiques diverses sur les effets soit locaux, soit généraux, du venin de serpent, nous avons été amené à essayer une substance qui nous a fourni des résultats vraiment étonnants : nous voulons parler du permanganate de potasse. Les résultats obtenus dans la première série d'expériences, en injectant le venin actif du bothrops, dilué dans l'eau distillée, dans le tissu cellulaire des chiens, nous ont fait voir que cette substance était capable d'empêcher complètement la manifestation des lésions locales du venin. Dans ces expériences, nous avons procédé de la façon suivante : le venin recueilli dans du coton, et correspondant à de nombreuses morsures de serpent, était d'abord dilué dans une petite quantité d'eau distillée, soit 8 grammes à 10 grammes d'eau ; ensuite nous remplissions une seringue de Pravaz de cette solution et nous en injections la moitié dans le tissu cellulaire de la cuisse ou de l'aine des chiens. Une ou deux minutes après, quelquefois plus tard, nous injections à la même place une quantité égale d'une solution filtrée de permanganate de potasse à 1/100$^e$. Les chiens, examinés le lendemain, ne montraient aucun signe de lésion locale ; tout au plus il y avait une très petite tuméfaction localisée aux environs de la piqûre de la seringue, sans irritation ni infiltration d'aucune espèce. Cependant, ce même venin, qui avait servi à ces expériences, étant injecté sans contre-poison sur d'autres chiens, a produit toujours de grandes tuméfactions locales, des abcès plus ou moins volumineux avec perte de substance et destruction des tissus.

Les résultats de cette première série d'expériences, faites avec l'injection sous-cutanée du venin et du permanganate de potasse, nous ont encouragé à essayer la même substance dans les cas d'introduction du venin dans les veines.

Ici encore le permanganate de potasse a réussi parfaitement. Nous avons fait déjà plus de trente expériences dans ces conditions et nous avons eu à peine deux insuccès. Ces insuccès, du reste, doivent être attribués à des raisons diverses : d'abord on essayait sur des animaux mal nourris, très faibles et très jeunes ; de plus, les injections du permanganate de potasse ont été faites très en retard, au moment où le cœur était déjà en train de s'arrêter.

Dans un certain nombre de cas, nous avons injecté dans la veine une demi-seringue de Pravaz de la solution dans 10 grammes d'eau du produit venimeux fourni par douze ou quinze

morsures de serpent et une demi-minute après 2°° de la solution du permanganate de potasse à 1/100°. En dehors d'une agitation très passagère et quelquefois d'une accélération cardiaque, qui n'a duré que quelques minutes à peine, l'animal n'a pas accusé d'autres troubles. Ces animaux, gardés et observés pendant plusieurs jours, se sont toujours bien portés.

Dans une autre série de cas, nous avons injecté le venin dans la veine et nous avons attendu la manifestation des troubles caractéristiques. Au moment où l'animal avait déjà une grande dilatation pupillaire, des troubles respiratoires et cardiaques, contractures, miction et défécation, nous avons injecté coup sur coup dans la veine de 2°° à 3°° de la même solution du permanganate de potasse à 1/100°. Au bout de deux ou trois minutes, quelquefois de cinq minutes, nous avons vu ces troubles disparaître; il restait à peine une prostration générale, dont la durée n'a jamais dépassé de quinze à vingt-cinq minutes. Alors, en mettant l'animal par terre, il marchait très bien, il était même capable de courir; il gardait enfin tout l'aspect d'un chien normal. Et cependant d'autres chiens, qui avaient reçu dans la veine la même quantité de venin pur, c'est-à-dire sans l'antidote, sont morts plus ou moins rapidement.

Ces résultats vraiment remarquables, qui ont frappé tout le monde, ont été constatés en diverses occasions, non seulement par S. M. Dom Pedro, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'assister à nos premières expériences, mais aussi par des personnes instruites, des médecins, professeurs des Facultés, membres du corps diplomatique étranger, etc.

Je crois donc pouvoir affirmer que le permanganate de potasse agit comme un véritable antidote du venin de serpent.

M. Maumené adresse une note sur la formule adoptée par M. Schützenberger pour l'acide hydrosulfureux. Il insiste sur ce point que cette formule est d'accord avec les indications de sa *Théorie générale de la chimie*, et que, dans son ouvrage, il a déjà présenté cette formule comme une conséquence de sa théorie. Pour cette raison, il ne partage pas l'opinion émise sur l'acide hydrosulfureux par M. Bernthsen.

M. Maumené communique en outre la description d'un appareil nouveau pour les distillations fractionnées, la description d'un appareil destiné à mesurer la richesse alcoolique des mélanges d'alcool et d'eau, et une réclamation de priorité au sujet de la viscose qui se forme dans la transformation connue sous le nom de *graisse des vins* et fait remarquer que c'est par une distraction évidente que M. Béchamp a donné le nom de *viscose* à une substance qu'il a décrite récemment dans les *Comptes rendus*.

M. Phipson adresse à l'Académie des développements relatifs au procédé d'extraction de l'actinium et aux caractères de l'oxyde et du sulfure.

— La séance est levée à quatre heures.

## VARIÉTÉS

### UNE LETTRE DE M. PASTEUR.

Le Conseil général de Seine-et-Marne s'est occupé, dans ses dernières séances, des expériences faites par M. Pasteur à Pouilly-le-Fort, au sujet de la vaccination des bestiaux. Cette question est de la plus haute importance pour les cultivateurs, principalement en Seine-et-Marne, où la maladie du charbon cause chaque année des pertes s'élevant à plusieurs centaines de mille francs.

Le préfet a fait connaître que, à la suite des réclamations formulées par plusieurs vétérinaires sur la difficulté de se procurer le vaccin du charbon préparé par M. Pasteur, il s'était adressé à ce savant, et qu'il venait de recevoir sa réponse.

Sur la demande de M. Dethomas, qui fait ressortir l'intérêt que présente cette lettre pour les agriculteurs, le Conseil décide qu'elle sera insérée au procès-verbal et au compte rendu analytique. Elle est ainsi conçue :

« Monsieur le préfet,

« J'étais à Londres lorsque vous êtes venu pour m'entretenir de votre désir de demander au Conseil général de Seine-et-Marne une somme à affecter à la création d'une petite fabrique de vaccin.

« Je crois que cette création serait prématurée. Bien des questions de détail sont encore à résoudre, qui ne peuvent l'être en ce moment que par moi. Par exemple, tout le vaccin qui est sorti de mon laboratoire depuis un mois appartient à des cultures récentes. La fabrique suppose le magasin, l'emploi à longs intervalles des tubes préparés. Des difficultés, faciles à lever sans doute, peuvent se présenter pour la conservation du vaccin, la forme des vases, etc.

« Du reste, ne craignez pas la disette du précieux liquide pour l'an prochain. Le charbon ne sévit pas d'une manière sensible pendant l'hiver. Or, dès à présent, je dispose tout pour une fabrication sur une plus grande échelle. Je trouverai, après les vacances, un à deux hectolitres de cultures déjà préparés, et au mois de mars ou avril, où la vaccination pourra commencer utilement, il y aura, je l'espère, du vaccin préparé pour un million d'animaux.

« Une personne prise dans mon laboratoire, intelligente, n'aura d'autre occupation que la préparation du vaccin pendant toute l'année. Elle sera secondée par un homme de peine. Il y aura un entrepôt de tubes de vaccin dans notre quartier. J'espère pouvoir le mettre entre les mains des vétérinaires à cinq centimes par tête de bétail, au prix de revient à peu près.

« Pendant la première année, il y aura lieu de contrôler l'état du vaccin conservé, la permanence de ses vertus préservatrices. Une installation en province m'occuperait et me préoccuperait à l'égal de la propre fabrique que je vais disposer.

« Lorsque la régularité du fonctionnement de celle-ci aura fait ses preuves, il sera temps de donner suite à votre projet, et vous pourrez compter alors sur mon empressement à vous servir.

« J'ai la satisfaction de vous informer que, grâce au dévouement de chacun, collaborateurs, aides, garçons de laboratoire, le chiffre des animaux vaccinés approche aujourd'hui de 30,000 (trente mille moutons) et quelques centaines de bœufs, vaches, chevaux.

« Veuillez agréer, etc. PASTEUR. »

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE DES TROPIQUES. — COURTENAY.

Au début, 15 grammes d'huile de ricin, additionnée de 0 gr 40 à 0 gr 60 centigr. de teinture d'opium, repos, abstinence de toute nourriture solide et irritante. — Si cette médication ne réussit pas à enrayer la maladie, on prescrit de 0 gr 80 à 1 gramme de teinture d'opium, et 20 minutes plus tard, 1 gr 80 centigr. d'ipéca pulvérisé, dans 30 gr d'eau ou de sirop d'écorces d'oranges; repos absolu dans la position horizontale, abstinence, pendant 2 ou 3 heures, de tous aliments solides ou liquides. — Dans le cas où l'ipéca est vomi immédiatement après son ingestion, on laisse écouler environ une demi-heure, puis on en redonne la même dose. On continue ensuite à administrer l'ipéca à la dose de dix grains, toutes les six heures, jusqu'à ce que la convalescence soit établie. A ce moment, et pour éviter les rechutes, il est prudent de faire prendre pendant quelques jours encore, au moment du coucher, une dose de 5 à 10 grains d'ipéca, et un lavement d'amidon de 60 grammes, additionné de 20 à 25 gouttes de teinture d'opium, afin de faire cesser le ténesme et de procurer du sommeil. — Le convalescent ne doit faire usage que d'aliments légers, tels que thé de bœuf, bouillon de poulet, arrow-root, et lait. On n'aura recours aux stimulants que si l'épuisement est excessif, et encore ils ne seront conseillés qu'avec beaucoup de réserve. — N. G.

LE CHLOROFORME. — La *France médicale*, dans son numéro du 20 septembre, signale une statistique d'après laquelle, durant les douze derniers mois, vingt-cinq cas de mort par le chloroforme auraient été publiés en Angleterre; cinq morts, pendant le même laps de temps, auraient eu lieu par d'autres modes d'anesthésie. « Il ne s'écoulera pas longtemps, dit l'auteur anglais de ce relevé, avant que la voix du corps médical demande quelques explications sur l'usage d'un agent dont les victimes se comptent par centaines. » Le rédacteur de la *France médicale* fait remarquer que jamais nous n'avons eu à déplorer une statistique aussi lamentable, et se demande avec raison si les Anglais savent donner le chloroforme. Il faut protester, en effet, contre une injustice pareille à l'égard de ce précieux agent qui, d'après ces chiffres malheureux, ne serait plus une des belles découvertes de la science moderne. Non, le chloroforme n'est pas si dangereux quand il est bien manié. Élever sur lui de pareils doutes serait encourager les tentatives de mauvais aloi et les réclames des charlatans.

— Le journal le *Gaulois* vient d'ouvrir une souscription ayant pour but d'établir et d'organiser, pour les troupes envoyées en Algérie et en Tunisie, des ambulances qui resteront en Afrique pendant toute la durée de la guerre.

La présidence du comité d'organisation de ces « Ambulances de la Presse » a été offerte à Mme Edmond Adam, qui a bien voulu accepter.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# ÉPIDÉMIOLOGIE

## Documents sur la fièvre typhoïde en Algérie (1);

Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux,

Par F. Sorel,

Médecin-major de 2e classe attaché aux hôpitaux de la division de Constantine.

### II. — Évolution générale

L'opinion banale est qu'en pays palustre il se forme un milieu spécial, milieu tellurique ou palustre, qui imprime un cachet commun aux diverses maladies vulgaires ou épidémiques : « Toute épidémie, qu'elle soit née sur place ou qu'elle pro« vienne d'importation, a toujours quelque rapport avec le milieu où elle se déve« loppe. Si les conditions hygiéniques et climatiques ambiantes n'ont pris aucune « part à sa naissance, elles n'en influent pas moins sur son évolution, sur ses sym« ptômes, sur sa gravité (Frison) (2). »

Pour ce qui concerne la fièvre typhoïde en particulier, il y aurait des cas « cons« titués par l'association éventuelle des deux éléments morbides palustre et « typhoïde ; l'intoxication étant à la fois tellurique et putride, les deux maladies « marchent parallèlement dans le même organisme et s'empruntent réciproquement « leurs symptômes (L. Colin) (3). »

A mesure que mes recherches s'étendent, cette intervention d'un milieu palustre dans les diverses maladies me semble de plus en plus restreinte, et pour la fièvre typhoïde en particulier me paraît des plus douteuses.

Les conditions hygiéniques et climatiques peuvent bien agir sur les maladies et donner naissance à des constitutions médicales, mais le poison tellurique naissant de foyers fractionnés ne peut engendrer qu'une intoxication et ne saurait créer un milieu extérieur général. Reste la proposition du professeur Colin : l'association éventuelle des deux poisons tellurique et septique.

(1) Suite. — Voir les numéros des 18 et 24 septembre.

(2) Frison. *Loc. cit.*, in *Recueil des mém. de méd. milit.*, juin 1867.

(3) L. Colin. *Archives gén. de méd.*, t. II, 1878, pages 281-282.

# FEUILLETON

## EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ.

### IV

Électropathie et électropathes. — Magnétisme des aimants. — Exposition du laboratoire d'électricité médicale de la Salpêtrière. — Appareils d'électricité statique.

L'art d'appliquer l'électricité à la médecine, dans un but thérapeutique et en connaissance de cause, date déjà de plus d'un siècle. Cependant malgré cette ancienneté et les grands progrès de l'électro-thérapie moderne, à la suite des publications de Duchenne (de Boulogne), des travaux de l'École de la Salpêtrière et des recherches d'illustres médecins contemporains, cette science est loin de tenir un rang comparable à celui des autres applications de l'électricité dans la physiologie et dans les autres branches des connaissances humaines.

Cependant la multiplicité des appareils et leurs perfectionnements sont considérables. De plus, en France du moins, selon l'heureuse expression du docteur Pidoux, la clinique permet presque de faire l'autopsie du malade dans son lit et atteint un admirable degré de précision. Ce sont là les conditions les plus favorables assurément à l'emploi raisonné de l'électrisation localisée.

Malgré ces incontestables progrès, l'électro-thérapie est demeurée le domaine privé de quelques médecins. Trop souvent même, entre les mains moins pures de certaines individualités, dans le but de satisfaire à la mode, ou par instinct de lucre, elle est restée un moyen

Sur quelles observations se fonde et se propage cette idée de l'alliance des éléments morbides palustre et typhoïde? Je ne connais sur ce sujet aucun document rigoureux. On s'en est rapporté aux sensations fausses des malades pour lesquels une exacerbation notable et rapide équivaut à un accès et la rémission à l'apyrexie; on a augmenté l'importance des réponses suscitées par l'interrogatoire lui-même à prendre une direction déterminée; et à ces données fragiles on a ajouté les indications erronées fournies par le contact de la main avec la peau du malade.

Des affections banales comme la bronchite simple, la diarrhée, et encore celle-ci est-elle souvent une manifestation même de l'intoxication, peuvent être l'occasion d'accès chez un impaludé comme le sont un traumatisme ou un bain froid, ou bien encore ne pas s'opposer et même favoriser une impaludation actuelle; mais déjà les faits ne se constatent plus dans les fébri-phlegmasies comme la pneumonie franche.

A plus forte raison l'influence tellurique doit-elle être nulle quand il s'agit d'affections aussi fortement individuelles que les fièvres éruptives et les typhus; mais, dans toutes les maladies, et j'en ai des exemples, elle peut déterminer des accès fébriles légitimes pendant la convalescence, que l'impaludation soit ancienne ou se fasse actuellement. La maladie en puissance annule l'action du miasme tellurique; c'est lui qui s'efface devant son puissant associé.

L'intermittence et la périodicité fébrile servent à préjuger de l'intervention du poison tellurique, elles ne sont cependant pas son apanage exclusif; chez les hépatiques, les urinaires, les tuberculeux, les purulents ou les septiques, la fièvre hectique peut aussi revêtir ce même caractère d'intermittence et de périodicité; dans tous les états, en un mot, où il y a fièvre de résorption secondaire.

Bien plus, l'intoxication tellurique peut prendre d'autres formes et d'autres types. « ... Le nom générique de *fièvres intermittentes* donné à une série de phéno-« mènes morbides qui n'ont rien de nécessairement *fébrile* ni de nécessairement « *intermittent* a constitué jusqu'à ce jour l'obstacle le plus puissant à l'intelligence « de la nature « des maladies qui font l'objet de ce travail. En effet, dès que la « *forme fébrile* « *intermittente*, qui est de beaucoup la plus commune en Europe, « se fut posée comme résumant en elle le *fond* de l'intoxication des marais, « force fut d'appeler sa forme non fébrile une fièvre *larvée*, c'est-à-dire *cachée*, son

---

de tenter une fortune rapide. De là l'emploi souvent abusif et charlatanesque de l'électrisation. Les abus sont d'autant plus faciles, que l'idée du merveilleux, toujours inséparable de cet agent, frappe vivement la crédulité publique, et le charlatanisme est d'autant plus fréquent, que les imaginations des malades deviennent plus impressionnables sous l'influence de l'état morbide et que, la mode aidant, les dupes sont plus nombreuses.

Voici, par exemple, la métallo-thérapie, dont la théorie est parfaitement justifiée, qui, dans certaines affections, donne des résultats efficaces par l'application de plaques métalliques sur la peau. Cette action est due vraisemblablement à une production d'électricité par l'action chimique de la sueur sur les métaux. Mais peu importe le mécanisme de ces phénomènes; ils existent et ont été constatés par des observateurs distingués. Eh bien ! que dans les mains de la spéculation industrielle et médicale, les plaques métallo-thérapiques se transforment en bagues, bracelets, colliers, passe encore, surtout quand cette bijouterie a le cachet d'élégance artistique que lui impriment quelques-uns de nos fabricants. Mais ce qui dépasse le domaine de la fantaisie, c'est d'offrir au public crédule, des peignes et des épingles à cheveux, des cuissards et des bandages, des bretelles et des corsets, des bas et des semelles, et de transformer en prétendus appareils électro-thérapiques, jusqu'au modeste gilet de flanelle de M. Prudhomme et au prosaïque caleçon. Pourquoi pas aussi le classique bonnet de coton, dont il ne faut plus désespérer de voir rajeunir la mode, sous forme d'un appareil prophylactique et curatif contre la céphalalgie ! Passerait encore pour la jarretière électro-magnétique ou thermo-électrique, qui, paraît-il, est en faveur, puisqu'il faut que la science d'électricité aille se placer jusque dans les jambes de nos élégantes Parisiennes et sur les mollets de nos modestes névropathes. Et Vénus aussi, bientôt sans doute, en guise de ceinture, portera une chaîne thermo-électrique ! Quelles secousses électriques pour les adorateurs trop importuns ou trop audacieux qui témérairement essayeraient de la délier !

« type *continu* une *pseudo-continuité*, enfin son médicament spécifique un *anti-* « *périodique*..... (Boudin) (1). »

Comme la syphilis et l'intoxication plombique, l'intoxication tellurique présente des formes apyrétiques donnant lieu à des troubles nerveux, surtout d'ordre sensitif, et à des congestions de nature vaso-motrice; d'où : névralgies diverses, dyspepsie, diarrhée, etc.

Comme les intoxications aiguës, elle a des formes fébriles, mais de rhythme variable : intermittent, pseudo-continu ou rémittent, et rémitto-intermittent. C'est dans les pays chauds que l'action du sol et du climat entraîne la continuité fébrile, et l'on voudrait que, dans ces mêmes pays, le miasme tellurique imprime à la fièvre typhoïde un cachet d'intermittence et de périodicité qu'il doit abandonner lui-même.

Dans une semblable question, la solution doit être tirée de l'examen des faits appuyés sur la mensuration thermique faite régulièrement. Voyons ce que ces éléments nous apprennent :

La typhisation lente est la plus fréquente; le peu d'intensité de la fièvre permet aux malades de n'entrer à l'hôpital que du sixième au huitième jour en général, c'est dire que l'affection ne peut être observée au début que par cas fortuit. On doit retrouver l'élévation thermique par échelons progressifs de Wunderlich; cependant, dans des cas rares et remarquables par leur gravité, le début est plus accentué, et le maximum thermique est atteint le second ou le troisième jour, comme dans l'observation III rapportée plus loin.

Comme évolution générale, j'ai pu faire rentrer facilement tous mes cas dans les trois groupes admis par Jaccoud dans son *Traité de pathologie interne;* et la description des auteurs classiques est en tout point applicable à la fièvre typhoïde en Algérie.

Dans un *premier groupe*, la guérison est obtenue par l'amélioration graduelle et non interrompue des symptômes et de la fièvre (Jaccoud). Au point de vue fébrile, type subcontinu ou rémittent pendant le cours de la maladie, et défervescence soit par échelons, soit plus fréquemment par rhythme intermittent dans les derniers jours (Griesinger).

(1) Boudin. *Traité des fièvres intermittentes*...... Paris, 1842. Chapitre I[er] : Intoxication des marais.

---

Ce ne sont certainement pas de telles applications qui inspireront une confiance raisonnée dans l'électro-thérapie et la métallo-thérapie. Ce serait revenir bientôt au mesmérisme, au *baquet magnétique,* aux *Sociétés d'harmonie* de d'Eslon, à *l'orme magnétique* du marquis de Puységur, et à ces fameuses scènes qu'on appelait dans le monde de ce temps-là l'*Enfer à convulsion.* On se croirait encore au temps où l'Académie, comme on le sait, dut intervenir et où nos pères, dont le bon sens était peut-être moins facile à convaincre que celui de certains des petits-neveux de Voltaire, applaudissaient sur le théâtre et fredonnaient dans les rues des refrains alors fameux et aujourd'hui oubliés, tel que celui-ci :

Si quelqu'esprit original
Persiste encore dans son délire,
Il sera permis de lui dire :
Crois au magnétisme,... animal.

Les propriétés de l'aimant, qui avaient été l'origine du mesmérisme, furent alors oubliées; et le discrédit dans lequel il tomba parmi les médecins devint un obstacle à son emploi thérapeutique. Et aujourd'hui, à la vue des aimants qui font partie de l'arsenal électrothérapique de l'Exposition si remarquable du laboratoire de la Salpêtrière, les esprits les moins prévenus hésitent encore, et le nom même de M. le professeur Charcot ne suffit pas pour dissiper leurs doutes.

Cependant, ces aimants employés à la Salpêtrière sont des instruments réellement scientifiques; tous ont la même forme, la même couleur, le même poids, mais les uns sont doués de propriétés magnétiques, tandis que les autres sont de faux aimants parfaitement imités.

Dans un *second groupe*, avec une terminaison également favorable, la période de réparation peut être enrayée dans sa marche progressive par l'apparition de quelque accident grave qui n'est pas un effet direct du poison typhique, mais qui résulte des altérations primordiales suscitées par lui (Jaccoud). Ce sont les complications thoraciques qui ont dominé.

Dans les cas du *troisième groupe*, la période d'infection présente au grand complet la symptomatologie ordinaire; elle peut être aussi grave que dans les variétés précédentes, mais elle est contenue, en général, dans les minima de la durée assignée à cette phase de la maladie, c'est-à-dire qu'elle est prolongée jusqu'à la fin de la seconde semaine, et au plus jusqu'au milieu de la troisième. A ce moment débute la phase de réparation; mais, au lieu de procéder par défervescence graduelle ou lysis, elle s'affirme, avec ou sans perturbation critique, par une défervescence brusque qui est complète en douze heures, du soir au matin, ou, au plus tard, après trente-six heures (Jaccoud)..... Cette défervescence brusque ou critique, on la voit, beaucoup plus rarement il est vrai, du vingt et unième au vingt-cinquième jour (Jaccoud). Dans un de mes cas, elle eut lieu au vingt-sixième jour.

Je ne crois pas devoir exposer des cas devenus aujourd'hui classiques pour tout le monde et qui ne diffèrent en rien de ceux recueillis en France; mais voici deux observations où d'après la marche fébrile on pourrait être tenté d'admettre l'intervention tellurique; je m'empresse de dire que je conclurai à la négative.

Obs. I. — Chauff..., brigadier du train des équipages, dans sa deuxième année de service, première d'Algérie, *sans antécédents telluriques*, est pris de malaise fébrile le 22 septembre 1878. Il entre à l'hôpital de Miliana, service de M. Moussu, le 26 septembre, au cinquième jour d'une fièvre typhoïde bien caractérisée et de moyenne gravité. Taches rosées abondantes.

| | Matin. | Soir. | | Matin. | Soir. |
|---|---|---|---|---|---|
| 26 septembre . . . | 38,2 | 40,4 | 7 octobre . . . | 37,2 | 39,8 |
| 27 — . . . | 39,2 | 38,6 | 8 — . . . | 37,4 | 39,8 |
| 28 — . . . | 38,0 | 40,4 | 9 — . . . | 37,2 | 39,4 |
| 29 — . . . | 38,8 | 38,6 | 10 — . . . | 37,4 | 38,6 |
| 30 — . . . | 38,6 | 39,0 | 11 — . . . | 37,1 | 38,0 |
| 1er octobre . . . | 39,4 | 40,2 | 12 — . . . | 36,8 | 39,6 |
| 2 — . . . | 38,7 | 39,8 | 13 — . . . | 37,0 | 39,4 |
| 3 — . . . | 39,2 | 39,7 | 14 — . . . | 36,6 | 38,4 |
| 4 — . . . | 38,8 | 39,3 | 15 — . . . | 37,2 | 38,8 |
| 5 — . . . | 38,5 | 39,1 | 16 — . . . | 36,8 | 38,2 |
| 6 — . . . | 37,8 | 39,4 | 17 — . . . | 36,8 | 37,2 |

D'où la possibilité de vérifier la bonne foi des malades et la réalité des phénomènes de transfert, par exemple, par l'emploi alternatif des vrais et des faux aimants.

Au reste, les autres applications médicales de l'aimant sont encore peu nombreuses, et se bornent, jusqu'à présent, à l'extraction des corps étrangers métalliques introduits accidentelement dans certains organes; tel est, par exemple, l'appareil exposé dans la section allemande par un constructeur de Berlin, M. Dorffel, et inventé par le professeur Hirschberg, pour retirer des yeux les petits éclats de fer. Mais, à défaut d'usages médicaux, certains aimants sont, au Palais de l'Industrie, un sujet de curiosité. C'est ainsi que dans l'Exposition rétrospective on peut voir des aimants célèbres par leur puissance et leur volume, tel que l'aimant naturel de forme sphérique et du poids de 651 kilogrammes et un autre aimant du poids de 2,000 kilogrammes, envoyés par le *Cabinet des anciens instruments d'astronomie et de physique du musée de Florence*; tel que l'aimant naturel du *Cabinet de physique de la fondation Tayler de Haarlem*; tels que les aimants artificiels du poids de 775 kilogrammes, appartenant au même cabinet de physique, tel que celui du professeur Jamin, tel enfin que l'aimant naturel, exposé par l'Institut physiologique de l'Université royale de Padoue, et ayant probablement appartenu à Galilée.

De tous ces aimants artificiels, il en est un dont l'intérêt historique et scientifique est des plus grands. Envoyé par l'Institut royal d'Angleterre, il est l'œuvre de Faraday, qui le produisit par la décharge d'une pile extraordinairement puissante, et dont la surface représentait 70 pieds carrés.

L'emploi médical de la force magnétique des aimants est donc encore bien loin d'être

Quoi de plus semblable à des accès telluriques que les grandes oscillations à partir du quinzième jour de la maladie, et ce n'est là cependant qu'une fièvre de résorption analogue à celle des tuberculeux. L'ouvrage de Wunderlich contient des tracés analogues, et Griesinger regarde comme fréquent ce mode fébrile pendant la période de réparation. Nous allons retrouver ces mêmes oscillations dans l'observation suivante :

Obs. II. — Saïd-ben-Mussaoud, tirailleur au 3e régiment, âgé d'environ 24 ans, à la fin de sa quatrième année de service, niant toute fièvre antérieure, après avoir fait partie, en septembre, des détachements employés à combattre les incendies allumés dans les forêts de l'Edough, entre à l'hôpital militaire de Bône le 3 octobre 1879, au huitième jour d'une fièvre typhoïde.

Pas d'épistaxis, mais rêvasseries, délire nocturne, céphalalgie vive, mussitation, soubresauts des tendons, tympanisme abdominal avec diarrhée purée de pois, état congestif accusé des poumons. Le 14 octobre, ce malade passe entre les mains de M. Badour, médecin-major de 1re classe, mais je continue à le suivre avec lui. Au vingt et unième jour de la maladie, élévation thermique anormale suivie d'un collapsus durant trente-six heures, puis oscillations intermittentes à maxima élevés et à rémissions sous normales pendant une période de quatorze jours. Apyrexie au trente-cinquième jour.

Le malade a conservé sa connaissance, la congestion pulmonaire de plus en plus marquée s'amende à l'approche de la convalescence, et l'expectoration se compose alors de gros crachats épais muco-purulents.

| | Matin. | Soir. | | Matin. | Soir. |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 octobre . . . . | 39,8 | 40,2 | 20 octobre . . . . | 36,0 | 39,8 |
| 5 — . . . . | 38,6 | 39,4 | 21 — . . . . | 36,6 | 39,8 |
| 6 — . . . . | 39,2 | 38,8 | 22 — . . . . | *40,0* | 39,4 |
| 7 — . . . . | 38,8 | 38,2 | 23 — . . . . | 36,2 | 40,0 |
| 8 — . . . . | 39,0 | 39,2 | 24 — . . . . | 35,6 | 38,2 |
| 9 — . . . . | 38,6 | 39,4 | 25 — . . . . | 36,7 | 40,0 |
| 10 — . . . . | 38,4 | 39,4 | 26 — . . . . | 36,4 | 39,8 |
| 11 — . . . . | 38,2 | 40,0 | 27 — . . . . | 36,0 | 39,8 |
| 12 — . . . . | 38,4 | 39,4 | 28 — . . . . | 36,6 | 38,6 |
| 13 — . . . . | 37,8 | 39,0 | 29 — . . . . | 35,5 | 37,5 |
| 14 — . . . . | 37,8 | 39,6 | 30 — . . . . | 36,0 | 40,0 |
| 15 — . . . . | 37,0 | 38,6 | 31 — . . . . | 36,4 | 38,8 |
| 16 — . . . . | 38,6 | 40,6 | 1er novembre. . . | 35,8 | 37,5 |
| 17 — . . . . | *34,0* | 34,6 (1) | 2 — . . . . | 34,7 | 35,7 |
| 18 — . . . . | 36,2 | 37,8 | 3 — . . . . | 35,6 | 37,0 |
| 19 — . . . . | 35,8 | 39,8 (2) | 4 — . . . . | 36,4 | 37,0 |

(1) Collapsus. — (2) Période des grandes oscillations.

adopté. Cette méthode thérapeutique est d'ailleurs mal connue et mal définie. De là les préventions légitimes d'un grand nombre de médecins distingués contre son usage.

Les causes de ce discrédit sont donc, sous certains rapports, les mêmes que celles qui, à tort le plus souvent, éloignent, de nos jours encore, certains esprits de l'électro-thérapie. Mais, relativement à cette dernière, il existe deux autres motifs dont M. Gariel se faisait dernièrement l'interprète autorisé dans le journal l'*Électricien* et qui contribuent à faire délaisser l'électro-thérapie ou à la laisser exploiter trop souvent par le charlatanisme.

D'abord, dans le cours de leurs études, les jeunes médecins fréquentent peu ou ne fréquentent pas les laboratoires de physique et de physiologie. Ils ignorent donc pour la plupart ou connaissent imparfaitement le maniement des appareils, les principes généraux de leur construction et les expériences fondamentales de l'électro-physiologie, dont ils n'ont pas été témoins. Ils ne peuvent donc ni apprécier la valeur des instruments d'électricité médicale, ni, quelle que soit la perfection de ces appareils, en tirer le parti le plus efficace.

En second lieu, dans les observations cliniques, on omet de donner les renseignements complets sur le manuel opératoire de l'électrisation, sur la nature, l'intensité, la direction et la durée des courants employés, renseignements qui tous ont une importance et modifient les résultats de la médication. Certes, presque toujours les indications thérapeutiques sont établies avec cette précision admirable et cette sûreté de diagnostic dont nos maîtres des hôpitaux nous donnent l'exemple quotidien. Mais si, dans l'emploi des médicaments usuels, il est possible de suppléer, jusqu'à un certain point, à cette lacune de l'enseignement, et d'apprendre par les livres l'art de formuler, il n'en est pas de même du manuel opératoire de l'électro-thérapie.

C'est dans ces cas qu'apparaît l'importance d'une mensuration thermique régulière; grâce à elle il devient compréhensible et rentre dans la catégorie des faits rares mais connus. Le traité de Wunderlich, planche III, figure 10, contient un tracé semblable. M. Hayem (*Progrès médical* du 7 août 1875) en donne un autre semblable. Il y a eu collapsus, et on aurait tort de voir là un accès algide traversant la maladie typhoïde, et de regarder les oscillations intermittentes qui succèdent comme la marque de l'intervention tellurique. Dans l'accès algide, la température, sauf au voisinage immédiat de la mort, oscille toujours aux environs de 33°, et, en cas de guérison, il ne se produit pas d'oscillations intermittentes consécutives.

Je dois à l'obligeance de mon collègue et camarade du 15e bataillon de chasseurs à pied, le docteur J. André, la communication d'un tracé pris chez une femme d'officier atteinte de fièvre typhoïde à Bône, en octobre 1879, et qui présenta une température de collapsus pendant la convalescence. La fièvre typhoïde, de moyenne intensité, se terminait par lysis au dix-neuvième jour, lorsque huit jours après, pendant la convalescence qui marchait à souhait, au vingt-huitième jour au matin, survint une élévation thermique de deux jours de durée et suivie d'un abaissement progressif arrivant à 35° le trente et unième jour au soir. La température se releva bientôt, mais resta quelque temps un peu abaissée.

Voici les chiffres de ce collapsus :

| | | Matin. | Soir. | |
|---|---|---|---|---|
| Jours de maladie : | 27e. . . . | 37,2 | 37,2 | |
| — | 28e. . . . | 39,0 | 40,4 | |
| — | 29e. . . . | 39,0 | 39,4 | |
| — | 30e. . . . | 37,8 | 37,0 | |
| — | 31e. . . . | 36,2 | 35,0 | (collapsus). |
| — | 32e. . . . | 35,8 | 36,0 | |
| — | 33e. . . . | 36,0 | | |

(*La suite à un prochain numéro.*

---

Aussi les privilèges que s'attribuent certains électropathes disparaîtront, à l'honneur du corps médical, le jour où les médecins seront mieux familiarisés avec l'électricité. On ne verra plus alors se produire des affirmations fantastiques renouvelées de Fabre-Palaprat, qui prétendait avoir fait disparaître l'entérite, le tænia, la monomanie homicide, et avoir même guéri sur lui-même les spasmes extatiques (1).

Aussi, en 1881 peut-être plus que jamais, on peut répéter à nos Labaume et à nos Fabre-Palaprat ce que Becquerel exprimait si heureusement il y a vingt-cinq ans : « Le reproche « le plus doux qu'on puisse faire à toutes ces prétendues guérisons, c'est d'admettre que leurs « auteurs se sont fait d'étranges illusions à leur égard. »

C'est peut-être là un des motifs pour lesquels il existe un si petit nombre d'appareils d'électrothérapie dans les vitrines de l'Exposition d'électricité. Il est évident que ceux pour lesquels l'électro-thérapie devient un métier se gardent bien d'exposer et de faire profiter la science des perfectionnements qu'ils ont pu trouver : ce serait tuer leur poule aux œufs d'or.

Pour quiconque a conservé le souvenir de l'Exposition universelle de 1878, il est facile de reconnaître un grand nombre d'appareils qui y figuraient alors. Nos constructeurs tiennent encore cependant le premier rang par le nombre et par la perfection des instruments, et leur supériorité est d'autant plus apparente qu'on est surpris de la pauvreté des sections étrangères. Parmi ces dernieres, une nation surtout, l'Italie se souvenant qu'elle a été le glorieux berceau de l'électricité, a envoyé un groupe d'instruments des plus remarquables. L'exposition des autres nations se réduit à quelques appareils, ou bien même n'existe pas pour la classe 10, dans laquelle sont groupées à la fois l'électro-thérapie et l'électro-physiologie.

(1) Fabre-Palaprat. Traduction de Labaume : *Du galvanisme appliqué à la médecine ;* 1828, in-8°.

# Congrès médical international

## Section d'ophthalmologie.

Les travaux de la section furent précédés par un discours d'ouverture du président, M. Bowman, sur les questions qui devaient être discutées pendant le Congrès; tout en indiquant sa manière de voir sur chacune d'elles, il rappela chemin faisant la part des grands ophthalmologistes du commencement de ce siècle, et du temps présent, dans les progrès accomplis dans ces questions.

Après ce discours, sur la motion de M. Critchett, une commission fut nommée à l'effet de délibérer sur les mesures à prendre pour s'assurer des qualités de la vision chez les employés de chemins de fer et chez les marins, afin d'éviter les accidents inhérents aux fonctions de ces employés, et dont on signale chaque jour des exemples, dus en particulier au daltonisme. Le rapport de cette commission, lu en séance générale, ainsi que nous l'avons dit dans un de nos précédents articles, avait d'abord été lu, discuté et adopté à l'unanimité dans la dernière séance de la section.

*La méthode antiseptique dans la chirurgie oculaire.* — M. Horner rappelle les résultats statistiques de la cataracte par extraction donnés par Noyes et Geissler, et indiquant une perte de 10,1 pour 100 par le procédé à lambeau, et de 4,8 pour 100 par le procédé linéaire; il établit ensuite qu'en employant strictement la méthode antiseptique, comme la désinfection prophylactique du patient, de l'opérateur, des aides, des instruments, etc., et les pansements antiseptiques après l'opération, on peut espérer de réduire les insuccès à 1,5 pour 100.

M. le professeur Reymond (de Turin) apporta des arguments à l'appui des opinions de M. Horner, et insista sur ce fait que, pour obtenir de bons résultats du listérisme dans l'extraction de la cataracte, il faut prolonger le pansement assez loin de la région orbitaire et l'appliquer avec un très grand soin. Sur 350 extractions pratiquées depuis le 1er janvier 1880, M. Reymond a observé un sphacèle primitif de la cornée chez 7 patients, dont 4 avaient arraché le pansement avant le troisième jour.

A propos du même sujet, M. Th. Leber (de Gœttingen) lit une note sur l'action des corps étrangers introduits dans l'œil, dans laquelle il démontre que l'inflammation suppurative que provoquent les fragments métalliques est toujours due à l'action de germes qui pénètrent en même temps dans la plaie, bien que certaines substances chimiques, comme l'arsenic, le bioxyde de mercure, l'huile de croton, etc., puissent amener les mêmes conséquences.

Parmi les opinions émises dans la discussion de ces trois mémoires, nous citerons celle de M. Knapp, d'après laquelle l'inflammation consécutive à l'extraction de la cataracte serait due bien plus à la blessure de la cornée qu'à l'infection.

Dans la même séance, M. Emmert (de Berne) fit une communication sur la fréquence de

---

C'est ainsi que les États-Unis d'Amérique, où l'électricité médicale est si largement employée; que la Suisse, si riche en médecins et en chirurgiens éminents; que le Danemark, illustré par Œrsted; que les Pays-Bas, patrie de van Marum; que la Suède, l'Espagne, n'exposent aucun instrument d'électricité médicale. Les sections anglaise, belge, autrichienne, qui tiennent un rang élevé dans les autres applications de l'électricité, ne présentent qu'une mesquine exposition d'électro-thérapie. L'Allemagne elle-même, si fière de ses riches laboratoires de physiologie, et dont les savants poussent jusqu'au chauvinisme l'orgueil scientifique, n'a envoyé qu'un petit nombre d'instruments d'électricité médicale. Certes, il y a là une véritable surprise. En énumérant les rares nouveautés de la section française, on était éloigné de s'attendre à une telle pauvreté chez les autres nations et à une si facile supériorité chez nos constructeurs.

Les instruments modernes sont presque tous des appareils électro-magnétiques. Une seule exposition particulière présente des appareils médicaux d'électricité statique. Aussi, par leur ensemble, les appareils du laboratoire d'électro-thérapie de la Salpêtrière constituent une installation si complète et si ingénieuse qu'elle servira de modèle dans les grands établissements où, à l'exemple du professeur Charcot, on voudra essayer l'emploi raisonné de l'électricité statique. Au point de vue historique, cette exposition est une restauration des applications de cette électricité qui furent l'origine de l'électro-thérapie.

Les générateurs d'électricité employés à la Salpêtrière sont des appareils Carré, à plateau renversé, et complétés par l'adjonction du plateau inducteur de la machine de Holtz. On connaît la puissance et la valeur de ces appareils dus au génie de M. F. Carré, qui fut, on ne l'a pas oublié, l'inventeur des premières machines à fabriquer industriellement la glace. Ces appareils, au nombre de quatre, sont actionnés par un moteur à gaz du système Bischop.

véritables maladies infectieuses de l'œil dans les différentes saisons; — M. Landolt (de Paris), sur les troubles moteurs des yeux, et le moyen d'arriver à leur traitement rationnel et efficace par l'étude des champs de la vision, l'angle du strabisme, etc.; — M. Abadie (de Paris), sur la ténotomie partielle des droits externes pour combattre l'insuffisance des droits internes, et rémédier ainsi à la progression de la myopie, dont cette insuffisance paraît être la condition essentielle; — M. Javal (de Paris), sur la mesure subjective et objective de l'astigmatisme, au moyen d'un ophthalmomètre qui a été très apprécié par la section, et qui donne l'asymétrie de la cornée en quelques instants, sans calcul; il suffit d'une mise au point, d'une rotation de l'instrument, et d'une seule lecture.

*Nature de l'ophthalmie sympathique et son mode de transmission.* — M. Snellen pense que l'hypothèse d'une action réflexe par les nerfs ciliaires n'est pas satisfaisante, et en propose une autre d'après laquelle l'ophthalmie sympathique devrait être considérée comme une inflammation métastatique spécifique, dans laquelle des éléments inflammatoires parasitaires spéciaux sont portés à la choroïde de l'œil affecté secondairement par les espaces lymphatiques dilatés.

M. Brailey s'étendit plus particulièrement sur la pathologie de la maladie, et sur ce point que l'uvéite, qu'on rencontre dans l'ophthalmie sympathique, présente certains caractères définis à l'aide desquels on peut la distinguer histologiquement de toutes les autres formes de l'inflammation. Il pense aussi que la maladie n'est pas transmise d'un œil à l'autre par le transfert des altérations des tissus le long des nerfs optiques ou ciliaires.

M. Poncet (de Cluny) rapporte un cas dans lequel l'examen d'un œil énucléé pour ophthalmie sympathique montra des altérations très marquées, dues à la névrotomie optico-ciliaire. Il attribue la persistance des douleurs sympathiques à une sclérose interstitielle avec compression irritative des fibres des extrémités périphériques des nerfs ciliaires.

Une discussion intéressante, à laquelle prirent part MM. Mooren, Grünhagen, Samelsohn, Leber, Bouchut, Panas, etc., suivit ces communications. Puis eut lieu la lecture d'une note de M. Libbrecht (de Gand) sur l'examen des employés de chemin de fer et de la marine au sujet du daltonisme et de la vision. M. Ole Bull (de Christiania) rapporta une nouvelle méthode d'examiner et d'exprimer numériquement la perception des couleurs; M. Eales (de Birmingham) lut un court mémoire sur l'hémorrhagie rétinienne primitive chez les jeunes gens; M. Emmert (de Berne), sur les images subjectives, et les changements dans leur grandeur qui sont produits par l'accommodation; et M. Berlin (de Stuttgard), sur les lésions du nerf optique et de l'artère ophthalmique résultant d'une fracture du canal optique.

*Des rapports entre la névrite optique et les affections cérébrales.* — M. Leber pense que cette névrite, dans les maladies cérébrales, est une véritable inflammation, semblable aux autres papillo-rétinites, et différente de l'hypérémie par stase veineuse et des lésions qui en dépendent. Le nerf optique est l'intermédiaire entre l'affection du cerveau et celle de l'œil, par

---

Tout autre moteur à gaz, le système Otto, par exemple, qui figure aussi à l'Exposition, aurait les mêmes avantages d'une mise en marche instantanée par l'ouverture d'un simple robinet à gaz, et d'une sécurité absolue par l'absence complète de chaudière et de foyer.

On peut donc, au moyen des quatre machines Carré, soumettre simultanément quatre malades aux décharges électriques.

Une objection a été faite à ce système. La susceptibilité des malades, et surtout des personnes atteintes d'affections nerveuses, est des plus grandes et des plus variables : il faut tenir compte aussi de l'âge, de la maladie et de la constitution. Or, les quatre appareils étant commandés par le même moteur, et actionnés avec la même vitesse, doivent produire l'un comme l'autre une même quantité d'électricité. Comment alors graduer et proportionner l'électrisation d'après la constitution particulière à chaque malade? Assurément, l'indépendance de chacune des machines permettrait seule de le faire. Cette objection est légitime; mais elle constitue surtout un problème de mécanique qui n'est certainement pas insoluble, si tant est qu'il ne soit pas déjà résolu.

Les excitateurs employés au laboratoire de la Salpêtrière sont à pointes ou à boules : avec les premiers, on obtient des décharges en aigrettes; avec les seconds, des décharges en forme d'étincelles.

Les nombreux succès cliniques que M. le professeur Charcot a obtenus par l'emploi de l'électricité statique suffisent pour convaincre les incrédules et démontrer son efficacité dans certaines formes morbides.

L'outillage du laboratoire d'électro-thérapie de la Salpêtrière, dont les dispositions sont si heureuses et si ingénieuses, est une preuve de la nécessité, pour obtenir de tels succès, d'apporter un soin extrême dans le fonctionnement et l'emploi méthodique des appareils. De

suite de l'épanchement, dans la gaîne du nerf optique, d'un liquide séreux refoulé du crâne par la pression intra-crânienne exagérée, et qui possède probablement des qualités phlogogènes. Les tumeurs intra-crâniennes agissent comme des corps étrangers non tolérés; elles provoquent des congestions inflammatoires et des hypersécrétions de liquide; les mêmes épanchements se trouvent dans la méningite, quand elle est suivie d'une inflammation de la papille.

M. Bouchut croit que toutes les maladies graves du cerveau ou de la moelle épinière, ainsi que les affections diathésiques, sont reconnaissables par un examen ophthalmoscopique. C'est ainsi qu'une congestion avec gonflement de la papille indique une congestion ou compression cérébrale, etc.; l'œdème de la papille, un œdème des méninges et un obstacle à la circulation des sinus et des veines méningées dans diverses maladies; une anémie complète, l'arrêt de la circulation cardiaque et cérébrale, et par conséquent la mort; des tubercules, varices, thromboses, anévrysmes miliaires, un état analogue dans le crâne; les hémorrhagies rétiniennes s'observent dans les maladies nerveuses fébriles, la diathèse hémorrhagique, l'albuminurie, la glycosurie, la syphilis, la leucémie, etc.

M. Dianoux (de Nantes) fait une communication sur le traitement des décollements de la rétine par les injections de chlorhydrate de pilocarpine. Sur 16 cas ainsi traités, il eut 6 guérisons, 8 améliorations définitives, et 2 insuccès. L'efficacité de ce mode de traitement paraît supérieure à celle des autres; il est sans danger et, dans certains cas, il est seul praticable; il faut employer des doses telles qu'on obtienne, dès le début, une salivation de deux heures au moins; puis on diminue la dose. On procède par séries de quinze injections successives, puis on s'arrête pendant huit jours, et ainsi de suite, pendant trois mois au moins. En cas de résultat favorable au début, il faut persister jusqu'à ce qu'on soit arrivé à un résultat décidément stationnaire.

M. Nieden, étudiant le nystagmus des mineurs, a trouvé, sur 100 individus examinés, 4,2 d'affectés. La maladie paraît ne survenir que chez ceux qui travaillent avec un éclairage insuffisant, celui de la lampe de sûreté, par exemple; le nystagmus est très rare chez ceux qui travaillent à lampes découvertes. M. Nieden pense que la maladie est non pas un spasme musculaire, mais un trouble de l'innervation analogue au tremblement des vieillards. Un moyen probable de le prévenir serait d'augmenter la puissance éclairante des lampes employées.

Le glaucome a été l'objet d'une longue discussion dans laquelle on a présenté peu de chose de nouveau. M. Weber (de Darmstadt) a étudié les altérations pathologiques qui précèdent et déterminent le glaucome. Il a appelé l'attention sur ce fait que, parmi les changements qui précèdent le glaucome, on observe communément des troubles de la circulation générale qui diminuent la différence entre la pression artérielle et la pression veineuse, au détriment de la première.

M. Laqueur (de Strasbourg) lut ensuite une note sur les modifications de la réfraction qui

---

plus, les connaissances anatomiques et physiologiques ont une importance que M. Vigouroux, l'habile collaborateur de M. Charcot, a voulu faire apprécier en plaçant sous les yeux des visiteurs deux magnifiques tableaux sur lesquels sont indiqués, d'après la méthode de Ziemssen, tous les points moteurs du corps humain.

Cette installation, la plus remarquable assurément dans la classe 10, réhabilitera l'électricité statique, dont l'emploi médical avait été presque totalement abandonné par les médecins, depuis la découverte des machines magnéto-électriques. Mais aussi quelle distance entre ces procédés et l'empirisme des premiers électropathes, Jalabert, Sans, Bertholon, etc., etc. ! Quelle différence entre leurs modestes instruments et ces appareils modernes d'électricité statique ! Machine de Holtz, machine électrique de Carré, machine statique à plateaux multiples et à frottement de mercure, machine statique à bandes de papier de Fornioni (de Milan) ! Certes tous ces appareils ne sont pas adaptés à l'usage médical ; mais tous témoignent plus ou moins des progrès déjà acquis et donnent l'espérance de leur utilité future au profit de l'électro-thérapie.

Il y a bien loin de ces puissants générateurs d'électricité statique aux premières machines électriques d'Otto de Guericke, exposées dans les vitrines de l'Exposition rétrospective par l'Administration des postes et des télégraphes de Berlin, à cette colossale machine de Van Marum, dont les immenses disques parallèles ont un diamètre de 1 mètre 62, et qui a été envoyée par le *Cabinet de physique de la fondation Tayler* (de Harlem), à la machine de Nairne, à la machine originale que Holtz donna à l'Université de Louvain, à cette curieuse machine à cylindres de velours ayant appartenu à Nobili, et qui figure dans les vitrines du *Cabinet des anciens instruments de physique et d'astronomie du musée de Florence*, et enfin à cette machine électrique montée sur des supports en bois grillés ou roussis, bien modeste

surviennent dans le glaucome, et M. Priestley Smith a donné le résultat de mensurations et de pesées nouvelles à l'appui de sa théorie du glaucome, théorie dans laquelle il fait jouer au développement exagéré du cristallin un rôle prépondérant pour l'étiologie de cette affection.

M. Angelucci (de Rome) décrivit la nature de la membrane de Descemet et le developpement des canaux de Schlemm et de Fontana et leurs rapports avec l'étiologie du glaucome. Pour lui, cette affection aurait pour cause la sclérose de toutes les membranes de l'œil, et particulièrement des parois des vaisseaux sanguins.

MM. Leber et de Wecker s'étendirent encore sur l'étiologie de la tension oculaire, puis la discussion se porta sur le traitement de la maladie.

D'après M. de Wecker, la sclérotomie, qu'il croit préférable à l'iridotomie, serait indiquée dans les cas suivants : toutes les formes de glaucome hémorrhagique ou qu'on soupçonne appartenir à cette catégorie; les cas de glaucome congénital (buphthalmie) et ceux de glaucome chronique simple; chaque fois qu'après une iridectomie la vision a décliné ou que le résultat acquis par cette opération vient, après un certain temps, à péricliter; lorsqu'il s'agit de combattre les prodromes du glaucome; dans tous les cas de glaucome absolu avec atrophie iridienne complète et accès douloureux.

M. Bader (de Londres) est absolument partisan de la sclérotomie faite en arrière. M. Abadie pense qu'on doit réserver l'iridectomie pour les cas où le cristallin est porté en avant, avec effacement de la chambre antérieure. Avec la majorité des membres de la section, il adopte la théorie de la filtration par les cicatrices, car il s'est bien trouvé d'une cicatrisation lente de l'incision. M. Schœler n'adopte pas cette théorie.

MM. Power, Panas, Robertson, Samelsohn, Knapp, Schœler, Galezowski, etc., etc., communiquent le résultat de leur pratique pour la sclérotomie. Si quelques restrictions sont maintenues quant aux résultats définitifs, il est permis de dire que la sclérotomie est définitivement acceptée dans la thérapeutique du glaucome.

De nombreuses présentations de malades et d'appareils ont été faites par : M. Bader (de Londres), malades opérés de sclérotomie, atteints de kératocone, d'ophthalmie purulente traitée par une nouvelle méthode. — M. Eales (de Birmingham), cas d'œdème chronique de la conjonctive; cas de paralysie des nerfs céphaliques compliquée d'anévrysme de l'orbite et de glaucome après un traumatisme de la tête. — M. Critchett (de Londres), exemple des résultats de l'opération pour le symblépharon. — M. Parinaud (de Paris), un chromoptomètre pour l'examen des employés de chemin de fer. — M. W. Thomson (de Philadelphie), nouvelle collection de laines coloriées pour la détermination rapide du sens chromatique. — M. le professeur Gayet (de Lyon), magnifique collection de photographies représentant des coupes histologiques à un grossissement de 50 à 60 D., et des bulbes pathologiques ouverts, grossis de 3 ou 4 D; ces photographies, d'un bel effet, ont paru d'un précieux secours pour l'enseignement. — M. Pagenstecher (de Wiesbaden), modèles en verre représentant des conditions

---

appareil, qui servit cependant à un grand génie, et que l'Institut de Milan conserve comme une précieuse relique de Volta.

Le volume et la cherté des appareils d'électricité statique sont un obstacle à leur vulgarisation. Aucun des constructeurs n'a cherché à vaincre cette difficulté, malgré les heureuses tentatives de réhabilitation dont cette électricité est l'objet et les incontestables succès thérapeutiques dus à son emploi. Il n'en est pas de même des appareils magnéto-électriques et des générateurs de l'électricité dynamique, dont les applications à la médecine sont plus récentes, puisqu'elles datent surtout du livre d'Aldini (de Bologne), édité en 1804 sous le titre d'*Essai théorique et expérimental sur le galvanisme*, et du remarquable travail de Guérard publié dans le Dictionnaire en 30 volumes.

A la suite de ces publications, la pile à auge fut introduite dans les hôpitaux de Paris. On faisait alors généralement usage de piles de trente à quarante couples, dont le courant était interrompu par l'expérimentateur lui-même, ou bien quelquefois avec le pendule de Fabre-Palaprat. On employait alors l'électro-puncture. Malgré leur imperfection, ces moyens primitifs donnèrent cependant quelques heureux résultats, trop oubliés peut être aujourd'hui, par exemple, à l'hôpital de la Charité, dans les services de Rayer, en 1830, et d'Andral en 1836. De cette époque date la découverte des machines magnéto-électriques, électro-magnétiques, et l'abandon presque complet des applications médicales de l'électricité statique.

*(A suivre.)* D[r] Ch. ELOY.

pathologiques de l'œil. — MM. Zehender (de Rostoch) et Nieden (de Bochum), collection d'yeux artificiels indestructibles. — M. Stevens (Albany) périmètre à registration. — M. Mac-Hardy, résultats de transplantations cutanées dans la formation d'une nouvelle paupière. — Des préparations microscopiques de Hirschberg et Story, représentant des variétés d'inflammation tuberculeuse du globe de l'œil.

Nous citerons encore des communications de M. Pagenstecher sur une nouvelle opération pour la cure de la ptosis, dans laquelle il établit une cicatrice solide entre la paupière tombée et le muscle frontal adjacent; — de M. Stevens sur l'irritation réflexe oculo-névritique; — de M. Martin (de Bordeaux) sur l'occlusion de la pupille.

L.-H. PETIT.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Quelques faits relatifs à l'emploi des pulvérisations phéniquées comme anesthésique local*, par le docteur GUERMONPREZ. — Dans les plaies contuses, surtout chez les enfants, l'auteur a constaté que, par la pulvérisation de l'eau phéniquée, on obtient une diminution de la sensibilité, à condition de prolonger la pulvérisation pendant un temps suffisant, de faire usage d'une solution d'acide phénique à 20 ou 25 pour 1000, et d'employer un appareil pulvérisateur dont le débit soit plus considérable que celui de Richardson.

Dans le traitement de l'angine des piliers et de la pharyngite, la pulvérisation d'une solution d'acide phénique à 10 ou 12 pour 1000 produit une diminution de la douleur, persistant pendant un certain temps. Elle est utile surtout quand l'intensité de l'inflammation rend intolérable le contact des collutoires et impossible le mouvement de se gargariser. Dans les observations de l'auteur, le soulagement a été presque immédiat et les pulvérisations étaient répétées plusieurs fois. (*Journal des sciences méd. de Lille*, juillet 1881, p. 470.) — Ch. E.

*Lavages phéniqués intra-utérins dans les cas de fièvre puerpérale*, par M. le docteur DESPLATS (de Lille). — M. Desplats continue sa campagne en faveur de l'acide phénique et, contrairement aux craintes manifestées par la majorité des médecins français, préconise l'emploi de l'eau phéniquée au 100e contre les accidents fébriles consécutifs à l'accouchement. Les faits de péritonite suraiguë dus à ces lavages, et qui en font redouter l'emploi, ne sont pas prouvés, d'après l'auteur, et à l'étranger, où cette médication est largement pratiquée, les journaux ne relatent aucun accident de ce genre. Ses conclusions peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Employer le spéculum, et même le cathétérisme utérin, dès l'apparition des accidents fébriles consécutifs à l'accouchement, et pratiquer des lavages, dans le cas où il existerait des produits septiques, jusqu'à ce que le liquide injecté revienne parfaitement clair;

2° Répéter ces lavages deux fois par jour, et même plus souvent dans les cas d'hyperthermie. Laisser séjourner dans l'utérus une partie du liquide, afin de profiter de l'action hypothermique de l'acide phénique;

3° Continuer les lavages jusqu'au retour complet de l'utérus sur lui-même et tant que la défervescence ne sera pas complète. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, juillet 1881, p. 452.)

Ch. E.

## VARIÉTÉS

### LES DIABLES DE VINZIER.

Ceux de nos lecteurs qui sont le plus familiers avec les études de psychologie, se souviendront des diverses phases de cette épidémie de *Démonomanie* qui a régné pendant plusieurs années dans la commune de Morzine, arrondissement de Thonon, dans la Haute-Savoie. En fin de compte il avait fallu l'intervention énergique de l'autorité pour chasser le *diable* que les cérémonies religieuses ne faisaient qu'irriter.

Aujourd'hui M. le docteur Genoud nous annonce l'apparition à Vinzier, commune du même arrondissement de Thonon, d'une affection analogue qu'il a pu surprendre à son début, et étudier avec soin au double point de vue prophylactique et social.

Les observations de notre savant confrère, médecin des épidémies et membre du Conseil d'hygiène et de salubrité, ont porté sur sept malades atteints de démonomanie : cinq femmes dont deux nourrices, une jeune fille, et un jeune homme de 14 ans en pleine évolution de puberté.

Chez tous, les symptômes prédominants étaient ceux de l'hystérie franche, sans phénomènes

épileptiques. L'idée de *démons* ne doit être considérée que comme une complication concomitante, car elle s'est manifestée bien après le début de l'affection.

Le journal le *Léman* nous apprend que « dimanche dernier M. le Sous-Préfet a été visiter officiellement le pays, accompagné du docteur et de M. le lieutenant de gendarmerie et de quelques gendarmes. Le *diable* prévenu de cette visite avait disparu, et le *malin* ne parlait plus (1). »

N'est-ce pas le cas de répéter : « Professons le plus grand respect pour Messieurs les gendarmes. » (*Journal d'hygiène.*)

(1) Voir dans le n° 128 l'intéressant article de M. Paul Moreau, de Tours, sur la *Psychopathie religieuse d'Alia.*

## FORMULAIRE

### Cold-cream inaltérable.

| | | |
|---|---|---|
| Mucilage de pépins de coing. . . . . . | 40 | grammes. |
| Savon d'huile d'amandes douces. . . . . | 1 | — |
| Acide stéarique . . . . . . . . . . . . . | 10 | — |
| Glycérine neutre. . . . . . . . . . . . . | 2 | — |

F. s. a. — N. G.

## COURRIER

Hospice général de Tours. — La commission administrative de l'Hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 12 septembre 1881, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au mardi 4 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au mercredi 5 octobre, à 9 heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'Hospice général).

Le concours pour la suppléance est fixé aux 14 et 15 octobre; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Un nouvel hôpital. — L'administration de l'Assistance publique fait étudier en ce moment la création d'un établissement spécial de varioleux dans la commune d'Alfort à douze kilomètres de Paris.

Actuellement, ces malades sont isolés dans les pavillons spéciaux dépendant des hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine ; mais la maladie se propage de l'hôpital dans les quartiers environnants.

C'est pour éviter ce grave inconvénient qu'on veut fonder un hôpital de varioleux dans une campagne déserte.

— Les crocodiles envoyés à M. Paul Bert ont été transportés de la Sorbonne, où ils avaient été déposés d'abord, au Jardin des Plantes. Ce n'a pas été une petite affaire que d'opérer ce déménagement. Il a fallu attacher la gueule des reptiles avec de fortes courroies qui enserraient en même temps les pattes et la queue. Ainsi garrottés, on les plaçait sur un camion qui allait les déposer au Jardin des Plantes.

Tout cet attirail a quelque peu tiré de leur torpeur habituelle ces sauriens que la température relativement fraîche et le jeûne avaient engourdis. L'un d'eux, réussissant à dégager sa gueule de l'étreinte de la courroie, allait sans doute mordre la jambe d'un garçon de laboratoire lorsqu'un collègue de ce dernier eut la présence d'esprit de lui présenter une poutre. Le reptile mordit à pleines dents dans le bois et donna le temps au gardien de se garer.



*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 27 septembre 1881. — La séance d'aujourd'hui n'a duré qu'une heure, et s'est composée de deux lectures. L'une était de M. Burq, sur la vaccination animale. L'autre était de M. Leblanc, et nous regrettons que notre incompétence sur la question de la péripneumonie contagieuse nous empêche de l'apprécier comme elle le mérite. L'orateur a traité avec beaucoup d'autorité la question soulevée par l'importante communication de M. Bouley dans une des dernières séances, celle des inoculations préventives destinées à atténuer les ravages que fait cette maladie parmi les bestiaux. Il nous a semblé, à la simple audition, que M. Leblanc apportait quelques réserves aux conclusions très optimistes de M. Bouley, qu'il élevait des doutes sur la sûreté absolue de l'inoculation, qu'il expliquait certains revers et certains « faits négatifs », et ne se montrait nullement partisan des inoculations obligatoires dans l'état actuel de nos connaissances. Cela ne diminue en rien la valeur des idées émises par M. Bouley. Celui-ci marche devant lui hardiment, mais non pas à l'aventure; celui-là préfère une allure plus lente, et refuse de se laisser entraîner. Il faudra bien que la controverse porte ses fruits, la question ayant été ainsi retournée sous toutes ses faces. — L.-G. R.

# MALADIES PARASITAIRES

## NOTE SUR LE SIÈGE DES PARASITES DE LA LÈPRE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 juin 1881,

Par MM. V. Cornil, médeciu de l'hôpital de la Pitié,
et Suchard, interne des hôpitaux.

D'après les observations originales de Hansen, confirmées par plusieurs médecins norwégiens, MM. Heiberg, Bidenkap et Winge (1), et par un médecin allemand M. Neisser, il n'est plus douteux que la lèpre ou éléphantiasis des Grecs ne rentre dans les maladies parasitaires.

(1) Cités par Klebs : Ueber ansteckende Krankheiten in *Eulenburg's Real-Encyclopädie.*

# FEUILLETON

## HYGIÈNE PUBLIQUE

### DE L'ASSAINISSEMENT DE PARIS.

Suite et fin. — (Voir l'Union Médicale du 22 septembre.)

Les eaux d'égout sont considérées comme la troisième des causes principales d'infection. La Commission, comme tous les hygiénistes l'avaient démontré depuis longtemps, a constaté que les égouts sont insalubres par le défaut d'étanchéité de leurs parois, par la stagnation ou l'insuffisance de l'eau, par le nettoyage incomplet de leur cunette. Le méphitisme résulte de l'inobservation de l'une de ces conditions. Une autre cause d'infection est la projection clandestine de débris végétaux ou animaux et de matières de vidange, comme de graves accidents en ont été dernièrement la preuve. Or, l'Administration ne possède ni des armes suffisantes pour la répression énergique de ces contraventions, ni un personnel assez nombreux pour une surveillance sévère; enfin, le manque d'eau est un obstacle à l'entretien des égouts.

L'analyse des gaz délétères que la Commission, dans ses visites, avait fait recueillir, ne suffit pas, comme le fait remarquer le docteur Hallopeau (*Nouveau dict. prat.*, p. 348, T. XXII), pour expliquer l'action nocive spéciale de ces eaux sur l'organisme. Il doit donc exister des substances figurées ou autres, plus fugaces, qui échappent à l'analyse chimique, et qui ont une influence sur la genèse ou la propagation des maladies infectieuses. Les discussions récentes et

Nous avons eu la possibilité de faire des examens de lèpre tuberculeuse sur des pièces qui proviennent les unes de la léproserie de Grenade, et qui ont été mises très obligeamment à notre disposition par le docteur Benito Hernando, l'autre d'un malade de M. le docteur Labbé, médecin de la Maison municipale de santé.

Les tubercules lépreux de la peau sont constitués par une infiltration du corps papillaire et du derme cutané par de grosses cellules globuleuses, sphéroïdes ou un peu aplaties et lenticulaires, très nombreuses, situées entre les fibres du tissu conjonctif. Les papilles ne sont plus distinctes au niveau du centre du tubercule, les glandes et les follicules pileux y sont atrophiés et détruits. Les couches épidermiques sont amincies à ce niveau, de telle sorte que la surface des tubercules non ulcérés est lisse et glabre. Il est facile de s'assurer de ces particularités en examinant au microscope des coupes de tubercules lépreux colorés au picro-carmin. Sur ces préparations, on voit en effet une quantité considérable de cellules pourvues de noyaux ovoïdes, et qui ne sont autres que des globules blancs migrateurs et hypertrophiés qui sont interposés aux fibres, qui distendent les papilles et qui en ont effacé la saillie. Les vaisseaux sanguins présentent un épaississement notable de leur paroi, de leur membrane interne surtout, de telle sorte que sur une section transversale ils ressemblent à des globes à couches emboîtées. C'est cette apparence qui très vraisemblablement a fait dire à Neumann qu'on trouve des globes colloïdes dans le tissu lépreux.

Sur les préparations obtenues après l'action de liquides durcissants, l'alcool par exemple, et colorées au carmin, il est impossible de voir les parasites de la lèpre. Avec un fort grossissement toutefois (500 à 1,000 diamètres), on aperçoit dans le protoplasma des grosses cellules, de petits corps ovoïdes ou allongés dont la forme est mal définie, qui sont réfringents et colorés en rose. Mais on ne pourrait, par ce procédé, affirmer qu'il s'agit des bâtonnets qui sont si caractérisés lorsqu'on emploie les méthodes suivantes :

1° A l'état frais, sur un fragment de tubercule dermique qu'on enlève sur le vivant et qu'on dilacère dans l'eau avec les aiguilles, on voit dans le liquide qui sépare les éléments, des grains sphériques et des bâtonnets agités de mouvements spontanés. Ces bâtonnets se plient et se retournent de façon à se présenter en long ou de face et ils offrent des mouvements de torsion.

2° Pour obtenir des coupes sur lesquelles les bâtonnets soient bien visibles, nous avons pris de petits fragments de la peau enlevés sur le vivant et placés im-

---

les travaux de Vacher et de de Ranse (*Gaz. méd. de Paris,* 1876), de Pietra Santa (*Journal d'hyg.*, 1876), de Brochin (*Gaz. méd. des hôp.*, 1877), de Vallin et de Lereboullet (*Gaz. hebd.*, 1876 et 1877 et *Revue d'hyg.*, 1881), les remarquables études de Murchison et de Gueneau de Mussy ont établi l'influence de la pollution de l'atmosphère et de la contamination des eaux potables sur le développement de la fièvre typhoïde. Aussi contre les émanations infectieuses résultant de la stagnation des eaux, le prompt écoulement des liquides et le lavage abondant sont les conditions essentielles de la salubrité des égouts.

Le transport de ces eaux dans la forêt de Saint-Germain, pour éviter l'infection du fleuve au-dessous de Paris, leur déversement sur les champs d'épuration convenablement drainés est la solution adoptée par la Commission. Aussi, au point de vue de la théorie des germes, on peut se demander pourquoi l'épuration par le sol serait plus efficace pour les eaux d'égout seules que par des irrigations sur de larges surfaces dans le système du *tout à l'égout?* Telle est cependant la conclusion du rapport de la Commission dans son hostilité contre le système anglais.

En résumé, qu'il s'agisse des odeurs sur la voie publique, des vidanges ou des égouts, une révision de la législation est indispensable, ainsi que l'organisation d'un personnel de surveillance; de plus, une abondante distribution d'eau dans les maisons et dans les rues est nécessaire; distribution obligatoire à tous les étages, pour assurer directement l'assainissement des habitations et indirectement celui des égouts qui recevront ainsi un volume de liquides plus considérable.

La deuxième partie du rapport a pour objet les émanations venant de l'extérieur de la ville. Parmi les usines nombreuses de la banlieue de Paris, il existe 306 établissements incommodes ou insalubres. Les uns doivent être supprimés, ce sont les dépotoirs et la voirie de Bondy;

médiatement dans l'alcool à 40 d'abord, puis dans l'alcool absolu. Les coupes ont été ensuite colorées par le séjour dans une solution de violet de méthylaniline 5 B, de la fabrique de M. Poirier, à 1,5 pour 100; puis elles ont été lavées successivement dans le carbonate de soude de 1 à 4 pour 100, dans l'alcool absolu, traitées ensuite par l'essence de girofle et conservées enfin dans le baume de Canada.

On n'obtient pas ces préparations sans tâtonnements, car il faut apprendre à apprécier le degré de décoloration nécessaire que détermine le lavage par l'alcool absolu et il est essentiel de ne pas le dépasser. Cet agent enlève une partie de la matière colorante qui imprègne les cellules, et il faut arrêter son action avant que les bâtonnets eux-mêmes ne soient décolorés.

Sur les préparations bien réussies, les cellules précédemment indiquées présentent toutes, dans leur protoplasma, des bâtonnets très nombreux qui sont tous colorés en bleu d'une façon très intense, tandis que le protoplasma est à peine teinté de bleu et que les fibres du tissu conjonctif sont incolores. Pour bien voir ces bâtonnets, il est nécessaire de se servir d'objectifs à immersion. Lorsque, avec ces objectifs, on emploie la lumière intense d'un concentrateur, la lumière diffuse qui noie les cellules fait admirablement ressortir les bâtonnets colorés en bleu.

On a ainsi une vue d'ensemble très démonstrative et dans laquelle toutes les cellules rondes ou aplaties du tubercule lépreux paraissent remplies de très nombreux bâtonnets irrégulièrement disposés en faisceaux. Ces bâtonnets sont rigides, ce qui semble uniquement dû à l'action de l'alcool; tantôt ils sont bien distincts les uns des autres, tantôt ils sont accolés en un faisceau allongé aux extrémités duquel on voit les pointes de chacun d'eux. En même temps que les bâtonnets, il existe de petits grains allongés. Il existe très peu de bâtonnets en dehors des cellules.

Une particularité remarquable que nous avons observée sur toutes nos préparations, c'est que les diverses couches de l'épiderme ne contiennent aucun microbe. Le revêtement épidermique forme donc un vernis imperméable aux parasites spéciaux de la lèpre. Nous reviendrons bientôt sur ce point.

— Nous avons examiné par cette dernière méthode des fragments volumineux de tubercules lépreux ulcérés et non ulcérés provenant de la collection anatomo-pathologique de Grenade. Ces pièces nous ont donné en général les mêmes résultats, et il était facile d'y voir les bactéries; mais, comme elles provenaient d'autopsies faites vingt-quatre heures au moins après la mort, les phénomènes de

---

pour les autres, les mesures techniques recommandées par la Commission sont suffisantes; leur application, si toutefois l'Administration se conforme aux avis des savants rapporteurs, nécessitera une augmentation dans le personnel de surveillance. Les règlements existent; par leur exécution rigoureuse on obtiendrait déjà d'excellents résultats.

— C'est encore une question des plus importantes, au point de vue de la salubrité de la ville, que celle de cimetières parisiens. Dans le rapport de la *Commission d'assainissement des cimetières de Paris*, le docteur du Mesnil combat vivement les idées reçues relativement aux dangers des cimetières pour la santé publique. En faisant la part d'exagérations évidentes, les travaux des hygiénistes qui ont écrit avant M. le docteur du Mesnil ont cependant une valeur, surtout quand ces médecins portent, par exemple, le nom de Tardieu ou de Guérard. Certes, malgré les critiques de M. le docteur du Mesnil, leurs travaux conservent encore quelque importance; car ils s'appuient sur d'autres bases que « des allégations sans preuves, des dissertations vides » qui, depuis « plus d'un siècle, encombrent les mémoires originaux sur la matière et les traités classiques les plus justement estimés ». Le témoignage des contemporains de faits tristement célèbres méritait peut-être une autre appréciation, alors que, parmi ces observateurs, il en est d'aussi illustres que Fourcroy, Cadet de Vaux, Vicq d'Azyr. Certes les cimetières actuels ne présentent pas au même degré les causes d'insalubrité des anciens charniers dans lesquels les corps s'accumulaient depuis des siècles et qui donnaient lieu aux accidents signalés par Thouret, Haguenot, Moret et d'autres encore. Mais avant de conclure avec M. le professeur Bouchardat (*Rev. scient.*, 1874), et avec la Commission à l'innocuité absolue des cimetières parisiens, tels qu'ils existent de nos jours, il serait bon d'exécuter des expériences nouvelles et des observations, non pas pendant quelques mois, comme celles qui ont été faites, mais pendant des années et à l'aide de tous

décomposition cadavérique rendaient les préparations moins nettes que sur les fragments pris pendant la vie.

— Nous avons trouvé aussi des bactéries dans des organes provenant de ces autopsies, notamment dans un foie qui offrait toutes les lésions de la cirrhose hypertrophique avec l'épaississement fibreux considérable et la multiplication des canaux biliaires interlobulaires qui caractérisent cette maladie. Les baccilli parasites avaient pour siège de prédilection, dans ce foie, les cellules de nouvelle formation situées dans le tissu conjonctif interlobulaire.

— Les nerfs (nerf médian, etc.) que nous avons examinés présentaient une sclérose avec épaississement fibreux et atrophie des éléments nerveux.

En résumant ce qui précède concernant les tubercules cutanés de la lèpre, nous voyons que ces tubercules formés par un tissu dermique solide, dense, feutré, sont constitués par des cellules remplies de bactéries et interposées aux fibres de tissu conjonctif; que les couches épidermiques sont indemnes des parasites, mais amincies. Cette couche épidermique s'oppose, tant qu'elle est conservée, à la diffusion extérieure du parasite et lui oppose une barrière. Elle rend la contagion très difficile. Le siège des parasites est profond. C'est le contraire qui a lieu dans la plupart des affections parasitaires éminemment contagieuses de la peau, telles que les fièvres éruptives, la variole, par exemple, et l'érysipèle.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

### Documents sur la fièvre typhoïde en Algérie (1);

Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux,

Par F. Sorel,

Médecin-major de 2e classe attaché aux hôpitaux de la division de Constantine.

*Durée.* — La durée moyenne de la fièvre typhoïde a été de dix-huit à vingt-deux jours. Quelques cas se sont terminés, du treizième au quatorzième jour, par défervescence brusque, et ils paraissent proportionnellement plus communs qu'en

(1) Suite. — Voir les numéros des 18, 24 et 27 septembre.

les moyens d'investigation dont dispose la science contemporaine. D'ailleurs aux conclusions favorables de la Commission, on peut opposer les opinions de M. de Freycinet (*Principes de l'assainissement des villes*, Paris, 1870), de MM. Belgrand et Alphand (*Rapports au Conseil municipal*), pour lesquels les cimetières sont une cause d'infection pour les eaux et l'atmosphère.

A Paris, la question d'infection des eaux souterraines a une faible importance, l'usage des eaux de source devenant général. Mais aux analyses des eaux des cimetières parisiens faites par les chimistes expérimentés de la Commission, et sans même objecter l'existence possible et non encore démontrée de corps figurés, microbes ou autres, échappant aux réactifs chimiques, on peut opposer des faits incontestables, tels que l'infection d'un puits observée par Vernois dans la commune de Saint-Didier (Allier) (*Ann. d'hyg.*, T. XXXV et XXXVI, 2e série), et les altérations des eaux des puits d'Épernay, dans le voisinage des cimetières, signalées par M. Robinet fils (*Acad. de méd.*, 16 août 1881). Ces observations sont du reste la confirmation de la possibilité des infiltrations dangereuses pour la santé publique, étudiées depuis longtemps par M. Lefort. En tout cas, il est vraisemblable qu'un drainage méthodique du sol des cimetières, combiné avec un traitement chimique des eaux de drainage, atténuerait les causes d'insalubrité et empêcherait la pollution des rivières et des nappes aquifères souterraines. Telle est d'ailleurs l'une des conclusions de la Commission.

La deuxième partie du rapport comprend les recherches de M. Schutzenberger sur la terre des sépultures, de M. Miquel sur l'atmosphère du cimetière Montparnasse, de M. Carnot sur les eaux des puits des cimetières parisiens. Certes, la haute notoriété des observateurs donne à ces recherches un intérêt considérable, et à cette partie du travail de la Commission une grande valeur scientifique. Mais les résultats négatifs de ces analyses et l'innocuité de la terre des cimetières sont difficiles à concilier avec les nouvelles découvertes de M. Brouar-

France. Gueguen a noté le même fait aux colonies (1). D'autres cas, au contraire, se sont prolongés jusqu'au vingt-sixième jour.

Quand la maladie a dépassé quatre septénaires, cette augmentation de durée a été le fait d'éléments surajoutés, comme l'état congestif plus accusé des poumons, ou le résultat de vraies complications.

*Complications.* — Parmi celles-ci, j'ai noté la thrombose de la veine crurale deux fois; l'épidydimo-orchite, une fois pendant la convalescence; la pleurésie, une fois au déclin de la maladie.

*Mortalité.* — La léthalité est variable; je la trouve à Bône, en 1878, de 50 p. 100; à Miliana, sur 13 cas observés, je note 5 décès, soit 38 p. 100; Frison, à Tenès, perd 23 p. 100 de ses malades. La fièvre typhoïde en Algérie, surtout pendant la saison chaude, présente une très grande gravité, mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. A Constantine, sur 25 malades reçus du 15 juin au 15 août 1879, 3 succombent, soit 12 p. 100. A Bône, la mortalité avait été de 50 p. 100; en raison de l'épidémie de prison survenue chez les pénitenciés anémiés, elle s'abaisse, en 1879, à 20 p. 100, et dans les trois derniers mois, sur 23 malades, 1 seul succombe.

Dans ces deux dernières années, j'ai observé 10 décès :

1 meurt au 33e jour de maladie par complication pulmonaire.
1 meurt au 25e — dans l'adynamie.
8 succombent à la forme ataxique : 3 du 7e au 8e jour de maladie.
2 du 11e au 12e —
3 du 15e au 18e —

Dans cette dernière forme, les lésions intestinales étaient très accentuées et, dans trois cas, s'étendaient au gros intestin.

L'élévation thermique de la fièvre n'est pas toujours en rapport avec la gravité du cas, et j'ai vu mourir au seizième jour de la maladie un soldat du train sans que la température ait atteint 40°,0, et, sauf les deux derniers jours, la rémission du matin s'abaissait à 38°,0.

Voici, par contre, un cas où la fièvre fut vive et la mort rapide :

Obs. III. — Maill..., sapeur au 2e bataillon de chasseurs, âgé de 24 ans, dans sa troisième

(1) A. Gueguen. *Archives de médecine navale*, 1858, t. XXIX.

del sur les ptomaïnes et de M. Pasteur sur la conservation dans le sol des germes bactéridiens. C'est donc avec de grandes réserves que cette conclusion du rapport peut être acceptée.

Les recherches du docteur du Mesnil sur les animaux, lapins, poulets, et même serins, qu'on fit séjourner plusieurs semaines sur des fosses dégageant des émanations fétides, sont assurément remarquables. Il serait indispensable cependant de varier les conditions expérimentales et les espèces animales avant de conclure avec le rapporteur « que les cimetières ne « sont pas comparables aux terrains de culture, — ... et que l'herbe qui y recouvre le sol « retiendrait certainement les germes morbifiques ramenés mécaniquement à la surface. » Certes, l'herbe des cimetières n'est pas destinée à l'alimentation des animaux; mais si les germes existent à la surface du sol, comment admettre qu'ils y sont fixés définitivement et que leur propagation est impossible? Il en est de même des injections sous-cutanées pratiquées par M. Colin avec l'eau de lixiviation de la terre des sépultures. Ces injections ont été inoffensives. Cependant la théorie de la conservation des germes morbides conduit à d'autres conclusions; c'est à l'observation de les vérifier.

En résumé, la Commission recommande comme mesure d'assainissement : l'emploi du drainage pour favoriser la décomposition des corps et hâter la rapidité des rotations dans les terrains de sépultures temporaires. On s'est bien étonné un peu que la Commission ait employé un temps aussi long, presque deux ans, pour aboutir à des recommandations aussi banales et aussi peu inédites. Certainement, par leur application, on arrivera à assainir dans une certaine mesure les cimetières parisiens; mais la question ne sera pas encore résolue. L'augmentation rapide de la population, l'envahissement de la zone suburbaine par les habitations, nécessitent des mesures plus efficaces, telles que l'ouverture de vastes nécropoles en dehors de Paris et du département de la Seine, ou bien la destruction des cadavres par la

année de service (première d'Algérie), avait séjourné à l'infirmerie pour accidents syphilitiques, et en était sorti le 24 juin 1878. Le 3 juillet suivant, malaise fébrile; entrée à l'infirmerie le 5; l'état devient grave; entrée à l'hôpital le lendemain 6 juillet 1878. Fièvre typhoïde ataxique. Mort le 9 juillet, au troisième jour de la maladie, à cinq heures du soir.

| | Matin. | Soir. | | Matin. | Soir. |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 juillet...... | 39,6 | 40,2 | 8 juillet...... | 39,4 | 40,0 |
| 6 — ...... | 40,1 | 40,0 | 9 — ...... | 39,8 | 40,4 |
| 7 — ...... | 39,8 | 40,3 | | | |

A l'autopsie, on trouve l'iléon parsemé de plaques molles réticulées et de plaques dures, de la grandeur d'une pièce de deux francs, en voie d'énucléation; il en existe trois de cette nature au niveau de la valvule iléo-cæcale; les glandes isolées sont saillantes en grand nombre. Rate doublée de volume, non diffluente. Reins congestionnés. Le tissu du cœur est moins ferme.

En résumé, rien de bien spécial à l'Algérie, sauf peut-être une fréquence plus grande des cas de fièvre typhoïde à évolution rapide et à défervescence brusque, et surtout l'apparition d'accès intermittents légitimes dans la convalescence. J'ai observé trois cas de cette nature; deux des malades étaient déjà impaludés, le troisième n'avait jamais eu la fièvre.

(*La fin au prochain numéro.*)

## JOURNAL DES JOURNAUX

Nous signalons les articles suivants, parus dans le dernier numéro de la *Revue de chirurgie* (10 septembre 1881) :

*Étude clinique sur les dépôts sanguins du pli du coude,* par le docteur Charvot. — Cinq observations, provenant des salles de chirurgie du Val-de-Grâce, et une sixième due au professeur Gaujot, forment la base de ce travail, où se trouve décrite une affection dont l'histoire n'est faite nulle part et qui peut donner lieu aux erreurs de diagnostic les plus étranges. Voici les conclusions de l'auteur :

1° Les violences qui portent sur le coude directement (contusion, luxation, etc.) ou indirectement (entorse, diastasis), déterminent souvent des épanchements de sang considérables dans toute l'étendue du membre supérieur et surtout au pli du coude.

2° Ces extravasats sanguins semblent avoir leur source dans la rupture des vaisseaux péri-articulaires et surtout dans la déchirure du brachial antérieur.

---

crémation ou les procédés chimiques. Cette dernière solution n'est pas dans nos mœurs et trouve un obstacle dans la législation actuelle. Cependant ces questions intéressantes auraient été d'autant mieux étudiées par la Commission que quelques-uns de ses membres, et entre autres l'éminent conseiller municipal qui la présidait, ne leur étaient pas hostiles, à l'une d'entre elles, au moins.

Une conclusion naturelle vient à l'esprit à la lecture de ces deux remarquables rapports, c'est la nécessité de procéder à l'avenir avec unité de vue dans les questions d'hygiène publique. Or, tandis que la Commission des cimetières proclame l'innocuité de l'accumulation des germes morbifiques dans le sol des sépultures, d'autres savants des plus illustres, dans la Commission d'assainissement de Paris, redoutent l'envoi des eaux vannes à l'égout et leur transport sur les champs d'épuration, à cause de la conservation de ces germes dans le sol et de leur résistance aux agents atmosphériques. De telles divergences d'opinions n'existeraient pas sur ces questions, et sur d'autres encore qui sont relatives à la salubrité, si tous les services qui s'occupent de la santé publique, — assainissement de la cité, cimetières, inspection des denrées alimentaires, établissements et logements insalubres, etc., etc., — étaient groupés sous une même direction.

L'institution d'un *Bureau sanitaire permanent,* composé de médecins et de savants, chargé de veiller à l'hygiène de la cité, de proposer les mesures de salubrité et d'en surveiller l'application, au moyen d'un personnel *responsable, bien rémunéré,* et suffisamment nombreux, serait une création féconde, digne de l'esprit d'initiative des pouvoirs publics et digne de notre époque.

Dr Ch. Eloy.

3° Le sang épanché ne se résorbe pas toujours complétement et se transforme en caillots fibrineux siégeant au côté antéro-interne du pli du coude, au devant de l'article et dans l'épaisseur du brachial antérieur.

4° La tumeur qui en résulte est grosse comme un œuf, inégale et d'une dureté cartilagineuse et même osseuse. Au début elle est indépendante de l'os, mais par la suite, elle peut se souder à l'humérus.

5° Ces dépôts sanguins, qui comblent en partie la cavité coronoïdienne, peuvent gêner les mouvements de l'article et limiter considérablement la flexion.

6° Ils restent en général longtemps stationnaires et sont peu influencés par les traitements ordinaires.

7° Enfin ils peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, et être pris pour des exostoses de l'humérus, des arrachements de l'apophyse coronoïde, etc.

*Recherches expérimentales sur le redressement brusque du genu valgum*, par V. MÉNARD, interne des hôpitaux. — L'auteur étudie les lésions produites dans le redressement brusque du genou sur le cadavre, soit avec les mains, soit avec l'appareil de Collin. « Sans aborder, dit-il, le côté clinique de la question, sans établir ici une comparaison entre cette opération et d'autres procédés de traitement, les uns lents, relevant de l'orthopédie, les autres rapides, comme l'ostéotomie, nous avons à examiner la gravité du décollement épiphysaire et des lésions qui l'accompagnent ou qui en sont la conséquence. » Avant de conclure, il exprime encore avec plus de précision l'objet de son travail : « Le résultat expérimental du redressement brusque est purement opératoire; il ne constitue qu'un des éléments qui permettent de juger la question. Nous n'avons donc eu d'autre but que d'éclaircir le mécanisme et de déterminer les lésions. » Il se résume dans les termes suivants :

Dans le redressement brusque du genu valgum par la méthode de Delore, la manœuvre opératoire porte le genou non pas directement en dehors, mais en dehors et en arrière; on tend à la fois à fléchir le tibia en dedans sur le fémur et à forcer l'extension du genou. Cette articulation résiste donc non-seulement par son ligament latéral externe, mais aussi par ceux qui limitent l'extension, ligament postérieur, ligaments intra-articulaires.

Ce mécanisme explique pourquoi c'est le fémur qui cède plutôt que l'articulation. La lésion produite est très généralement un décollement épiphysaire à l'extrémité inférieure du fémur, avec un large décollement périostique en arrière et en dehors de l'extrémité diaphysaire. L'emploi de l'appareil de Collin ou de tout autre analogue nous paraît préférable à la force manuelle. Avec les mains, on produit des lésions un peu moins simples; le décollement épiphysaire s'accompagne d'écrasement du tissu spongieux; de plus, on s'expose à des arrachements ligamenteux.

Les résultats nous ont paru très analogues entre deux et seize ans. Au delà de cet âge, la résistance du fémur devient-elle plus grande que celle des ligaments? Nous pensons que même alors les arrachements ligamenteux doivent être rares, si l'opération est bien réglée. Cette opinion n'est du reste que l'expression des résultats obtenus par MM. Farabeuf et Terrillon. — L.-G. R.

*Quelques remarques cliniques sur le délire de la fièvre typhoïde, particulièrement le délire de la convalescence*, par MM. BUCQUOY et HANOT, médecins des hôpitaux. — Le délire, dans la fièvre typhoïde, se produit au début de la maladie, pendant la période d'état ou pendant la convalescence; d'où la nécessité de connaître les connexions, ou bien l'indépendance du délire de la convalescence avec les troubles intellectuels des autres périodes. Ce délire est apyrétique et, par conséquent, analogue au délire des vésanies, tandis que celui du début ou de la période d'état est toujours accompagné de fièvre. Dans la période d'état, le délire peut être la continuation du délire initial; il peut aussi commencer à cette période. Il est alors de meilleur augure que s'il date du début de la maladie.

Le délire de la convalescence peut aussi continuer le délire de la période d'état, ou bien prendre naissance dans cette convalescence. Le premier paraît être en rapport avec une transformation cérébrale profonde. Il emprunte donc sa valeur aux conditions contemporaines de son explosion. Le second, particulier à la convalescence, est caractérisé par des troubles intellectuels plutôt que par des troubles des facultés affectives. Les idées sont incoordonnées, analogues aux rêves d'un malade en état de somnolence; il est comparable au délire de l'inanition; aussi on a pu invoquer cette cause pour expliquer ce délire à l'époque où les typhiques étaient soumis à une diète rigoureuse. La pathogénie de ce délire est autre, et la variabilité même de ses formes en est une preuve; seulement, dans cette diversité de formes, il conserve toujours un caractère remarquable : la systématisation. Le plus souvent, on observe le délire ambitieux, différent du délire des paralytiques généraux, précisément par la vraisemblance des idées et par leur enchaînement, c'est-à-dire par la systématisation.

Enfin le délire, de même que les autres symptômes, présente des caractères variables suivant les épidémies. Cette fréquence ou cette rareté du délire résultent de l'analyse des diverses épidémies; tels sont, par exemple, les cas observés en 1853, dans le service de Louis, à l'Hôtel-Dieu, et ceux, plus récents, qui se sont présentés à l'hôpital Cochin. Prédominance des troubles intellectuels, systématisation, enfin variabilité dans la modalité symptomatique suivant les épidémies, tels sont les caractères du délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde. (*Archives gén. de méd.,* juillet 1881, p. 24.) — Ch. E.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

Des sources du vaccin, par M. le docteur Monteils. — Paris, 1881. Delahaye et Lecrosnier.

Plaidoyer en faveur de l'établissement d'instituts vaccinaux à Paris et dans quelques centres départementaux, cette brochure possède un véritable intérêt d'actualité au moment où la promulgation de la loi Liouville va nécessiter une organisation sérieuse du service de la vaccine sur tous les points du territoire. Le docteur Monteils est partisan de l'emploi du cow-pox spontané, bien préférable, à son avis, au virus vaccinal qui a été atténué chez l'homme par une sérié d'inoculations successives. Écrite avec l'ardeur et la sincérité d'une ferme conviction, cette brochure est intéressante à lire pour tous ceux qui se préoccupent de la grave question de la vaccine. — Ch. E.

Leçons sur la phthisie professées a l'École de médecine de Marseille, par le docteur Girard, professeur de clinique médicale. — Marseille, 1881. Barlatier.

Dans ces leçons recueillies par son chef de clinique, M. le docteur Fallot, l'auteur a voulu faire connaître à ses auditeurs les résultats acquis par une longue expérience clinique dans un service hospitalier où le nombre des malades est considérable; leur apprendre à diagnostiquer la phthisie dans sa première période et indiquer les méthodes thérapeutiques qu'il préfère pour arrêter ou pour retarder l'évolution de cette maladie.

Le début de la phthisie est caractérisé tantôt par des signes d'une netteté manifeste, tantôt par des manifestations insidieuses; une fièvre continue sans cause apparente, des points névralgiques tenaces, une pneumonie ou une pleurésie du sommet, une diarrhée rebelle, ou bien des phénomènes pyrétiques à allures typhoïdes.

Au point de vue du traitement, le docteur Girard conseille avec raison d'éviter les mariages consanguins, de rechercher le séjour et l'exercice à la campagne, de suivre une hygiène climatérique bien entendue, de faire usage des eaux de Royat ou du Mont-Dore, et de médicaments corroborants. Il signale plusieurs cas de sa pratique personnelle dans lesquels les succès ont été remarquables. Contre la toux, il préconise les pilules de cynoglosse additionnées de tartre stibié; l'acide prussique en potion, la phellandre en poudre et les inhalations de vapeurs chaudes de la décoction de feuilles de datura et de belladone. Contre les symptômes pulmonaires, il recommande l'emploi des révulsifs cutanés et des cautères potassiques. Ces leçons constituent donc une monographie concise de la phthisie au début et ont une valeur clinique certainement considérable. — Ch. E.

Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle, par M. le docteur Dupeyrat. — Paris, 1881. Mersch.

Cette thèse a pour objet de faire connaître l'état actuel de la science sur la pathogénie de l'érisypèle, et surtout d'analyser les travaux de Orth, qui sont loin d'être acceptés par tous les cliniciens. Il y avait peut-être pour le docteur Dupeyrat un moyen de les faire agréer, c'était de les vérifier par de nouvelles recherches expérimentales.

En tout cas, d'après les conclusions de ce travail l'érysipèle serait dû toujours à un microbe, la bactérie sphérique, même dans les cas d'érysipèles spontanés, et, dans ces cas, il faudrait admettre un traumatisme facilitant la pénétration du germe dans l'économie.

Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 septembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. le Président présente, de la part de M. Daga, médecin principal de 1re classe, un mémoire sur la fièvre typhoïde qui a régné à Nancy pendant les années 1878-1879. (Com. des épidémies.)

—

M. Leblanc, à l'occasion de la communication faite récemment par M. Bouley sur la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine, lit une note dans laquelle il persiste à soutenir :

1° Que la péripneumonie contagieuse du gros bétail peut se développer spontanément dans certains pays et sous l'influence de causes connues depuis le siècle dernier;

2° Que l'inoculation de sérum pulmonaire ne provoque pas une maladie analogue, même sous une forme atténuée, à la péripneumonie contagieuse, et qu'en cas de mort on ne trouve aucune lésion caractérisant cette maladie ;

3° Que les effets de l'inoculation présentent de telles variations, tant au point de vue de l'évolution qu'à celui de l'intensité et des accidents consécutifs, qu'on ne peut les regarder comme analogues à ceux obtenus par l'incubation du virus des autres maladies contagieuses ;

4° Que l'inoculation est, dans nombre de cas, impuissante à conférer une immunité, même de courte durée ;

5° Que la préservation, au cas où on l'admettrait, ne paraît être que de six mois, comme les expériences de réinoculation tendent à le prouver;

6° Que l'exécution stricte des mesures prescrites par les règlements de police sanitaire donneront des résultats aussi satisfaisants et moins coûteux.

En terminant, M. Leblanc exprime le regret qu'en présence des résultats douteux obtenus depuis trente ans, on ait voté une loi prescrivant l'inoculation obligatoire, au risque d'imposer au pays de grands sacrifices sans résultats certains.

—

M. Burq lit une note ayant pour titre : *De l'infériorité du vaccin de génisse.* Nouvel instrument dit *Vaccineuse*, pour recueillir, conserver et insérer le vaccin humain, de façon à ce que la vaccination jennérienne puisse suffire seule à tous les besoins.

Voici le résumé de ce travail :

En mars 1870, dit M. Burq, alors que sévissait l'épidémie de variole, et que le public, troublé par tout ce qu'il avait entendu dire, d'une part, sur la syphilis vaccinale, et, d'autre part, sur les avantages du vaccin animal, ne voulait plus entendre parler que de ce dernier, nous prîmes le premier, *en dehors de l'Administration*, l'initiative de tenter d'apporter un remède à cet état de choses.

A cet effet, nous eûmes recours aux mêmes moyens et procédés, et jusqu'au même marchand de bestiaux, qui avaient servi aux prôneurs de la vaccination remise en vogue pour vacciner leurs premières génisses, et lorsque nous fûmes suffisamment prêt, nous fîmes annoncer que nous tiendrions, à bref délai, du vaccin de génisse à la disposition de nos confrères de Paris, et surtout de ceux des départements, moins favorisés encore pour donner satisfaction à l'engouement du jour.

La campagne que nous avions entreprise dura environ six semaines, et douze animaux en firent les frais. Nous trouvant tout seul pour la conduire, et subvenir à un surcroît de besogne dont les difficultés peuvent être appréciées par ceux-là seulement qui l'ont subie une fois, il nous fut impossible de tenir note exacte de tous les faits. Mais ce que nous pouvons dire en toute assurance, c'est que le chiffre des tubes de vaccin délivrés sur place ou expédiés dépassa un demi-mille, et que celui de nos vaccinations et revaccinations ne fut point, lui-même, au-dessous de 400, en y comprenant celles faites au domicile de confrères qui nous en avaient requis.

Les résultats de nos opérations furent communiqués en bon temps (au mois de juin) à la Conférence médicale de Paris, qui voulut bien leur prêter attention, ainsi qu'en témoignent les comptes rendus de ses séances. N'ayant aujourd'hui rien à y changer, nous résumerons ces résultats de la façon qui suit :

A. Le vaccin de génisse, *recueilli dès le cinquième jour, ou tout au moins le sixième,* sur un animal qui n'avait reçu qu'un petit nombre de piqûres, nous donna, de génisse à bras, des résultats *apparents* très notablement supérieurs à ceux qu'ont fait connaître les relevés statistiques des inoculations pratiquées à l'hôpital Saint-Antoine, à la Charité, à l'hôpital des

Enfants, dans les hôpitaux militaires, etc..., avec les génisses *officielles*, résultats qui, nous devons l'ajouter, parurent parfois ne laisser rien à désirer par rapport à ceux de la vaccination jennérienne.

Afin de répondre d'avance à ceux qui, pour expliquer les insuccès qui suivirent, pourraient venir nous opposer que nous avions fait choix de mauvais vaccin, voici, par exemple, ce que nous donna sur la famille G..., avenue d'Italie, n° 62, composée de 8 personnes, du vaccin pris le cinquième jour sur une génisse qui ne présentait guère qu'une douzaine de pustules :

*Revaccinations.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Le père, 38 ans, 2 cicatrices de vaccine légitime. . . . . | 6 | piqûres, | 6 boutons. |
| La mère, 34 ans, pas de cicatrices apparentes. . . . . . | 6 | — | douteux. |
| Garçon de 14 ans (3 marques). . . . . . . . . . . . . . . | 6 | — | 6 boutons. |
| Fille de 11 ans (6 marques). . . . . . . . . . . . . . . | 6 | — | 4 boutons. |
| Fille de 10 ans (pas de marques) . . . . . . . . . . . . | 6 | — | rien. |
| Fille de 9 ans (4 marques) . . . . . . . . . . . . . . . | 6 | — | 6 boutons. |
| Fille de 3 ans (6 marques bien nettes) . . . . . . . . . | 6 | — | 6 boutons. |
| *Vaccinations.* | | | |
| Garçon de 5 semaines . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 6 | — | 2 boutons. |
| Total : 8 personnes. . . . . . . | 48 | piqûres, | 30 boutons. |

De plus, il nous arriva de pouvoir faire voyager jusqu'à Aire, dans le Pas-de-Calais, du vaccin en tubes recueilli dans les mêmes conditions, et d'avoir la satisfaction d'apprendre de son destinataire, M. le docteur Tarnin, médecin-major au train d'artillerie, qu'il avait donné 16 boutons sur 20 piqûres chez 3 enfants, dont un de 10 mois, vaccinés précédemment quatre fois sans succès avec du vaccin envoyé par l'Académie.

*B.* Plus tard, lorsque, les demandes affluant, nous fûmes obligé, pour y répondre, de recourir aux avantages de la vaccination animale qui semblent les plus réels à première vue, nous voulons dire à la multiplication des piqûres sur la même bête, nos succès, de génisse à bras, parurent diminuer en raison directe du nombre des boutons, comme s'il y avait eu diffusion ou atténuation proportionnelle de la virulence du vaccin. Il en fut de même pour ceux de nos confrères de Paris auxquels nous avions remis du vaccin en tubes. C'est ainsi que M. le docteur Calvo ne put obtenir que 5 succès sur 24 revaccinations avec du vaccin pris sur des génisses qui portaient un nombre de boutons double de celui de la génisse avec laquelle nous avions vacciné la famille G...

Quant au vaccin pris sur des génisses qui avaient de 40 à 60 boutons, nous ne pûmes plus le faire voyager, quelques soins que nous eussions apportés à sa cueillette et à son expédition. Nous avons conservé un certain nombre de tubes de cette époque. L'Académie, sous les yeux de laquelle nous avons l'honneur de les faire passer, pourrait croire qu'ils ont été fermés hier, tant ils sont encore pleins et transparents. On ne pourrait donc pas davantage incriminer nos opérations de ce chef.

D'ailleurs ce ne sont pas seulement mes propres tubes qui échouèrent. M. le docteur Pantaleoni nous écrivait de Nice : « *Pas un seul tube de vaccin de génisse ne m'a réussi, que ce tube me vînt de vous, de M. Lanoix, de Marseille, de Vienne ou d'autre part.* »

A quelques kilomètres de Paris seulement, à Saint-Germain-en-Laye, M. le docteur Lure n'était pas plus heureux. « J'ai eu, disait-il, à la date du 27 mai 1870, à ma disposition, une quarantaine de tubes à vaccin de génisse envoyés par M. Chambon et vous... *Je n'ai obtenu que des résultats négatifs.* »

Est-il besoin de rappeler que notre éminent confrère, M. le docteur Gallard, envoyait presque à la même époque, aux quatre points cardinaux de la France, des tubes de vaccin de génisse recueilli aux sources les plus réputées, et que pas un de ces tubes ne produisit un seul bouton entre les mains de huit médecins différents.

Dans la Conférence médicale ont été produites bien d'autres preuves négatives d'une valeur non moindre; mais nous laissons à d'autres plus autorisés le soin de les y retrouver, et nous nous bornerons, quant à nous, à répéter ici ce que nous disions dans la séance du 5 juin tenue au gymnase Paz :

« Quelle confiance, quelle sécurité pour l'avenir à accorder à un mode de vaccination dont la base, l'élément essentiel, est si fragile? » Et nous y ajoutons aujourd'hui : A supposer que toutes choses soient égales, d'ailleurs, entre le vaccin humain et le vaccin de génisse, lorsqu'on se place bien dans les conditions signalées dans notre première proposition, et qui peuvent seules permettre, suivant nous, d'obtenir des résultats apparents comparatifs, quel avantage y aurait-il à recourir à un mode de vaccination coûteux (chaque génisse ne nous

revint pas à une somme moindre de 110 à 120 fr.), plein de difficultés pratiques, pénible, butant, parfois même les animaux se vengeant des tortures qu'on leur fait subir par des méfaits qui laissent bien loin derrière eux ceux des chiens de la comédie de Racine, et quel argument resterait-il encore à faire valoir en faveur du vaccin de génisse, à ses partisans, intéressés ou non, si l'on était en possession d'un moyen facile d'aménager et de conserver le vaccin humain de façon à ce que, renouvelant ici la légende des sept pains de l'Écriture, on pût le parceller de manière à suffire à tous les besoins? Or, ce moyen, longtemps cherché par nous, nous croyons l'avoir enfin trouvé. Nous espérions bien le démontrer aujourd'hui même à l'Académie, mais outre que nous ne saurions le faire d'une manière assez complète sans nous exposer à abuser de sa bienveillance, de certains empêchements qui ont surgi à la dernière heure nous obligent à remettre à une prochaine séance cette deuxième partie de notre communication.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 16 au 22 septembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 947. — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 15. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 33. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 8. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 79. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchites aiguës, 22. — Pneumonie, 56. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 49; au sein et mixte, 40; inconnu, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; circulatoire, 45; respiratoire, 51; digestif, 50; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 38e semaine. — Faible augmentation de 12 décès (947 au lieu de 935, chiffre de la 37e semaine). Malgré ce léger accroissement, l'examen de la répartition du nombre des décès entre les maladies causes de mort ferait plutôt conclure à une amélioration de l'état général de la santé publique. On reconnaîtra, en effet, que l'augmentation porte plutôt sur les maladies organiques et sur les morts violentes, et que les chiffres de la plupart des affections épidémiques ou contagieuses se sont atténués. L'épidémie typhique notamment, s'il est permis d'en juger par le nombre des décès et des entrées dans les hôpitaux, serait en pleine décroissance : on a seulement compté cette semaine 29 décès par cette cause au lieu de 45 qui avaient été enregistrés la semaine précédente; et d'autre part, le chiffre des admissions dans les hôpitaux est descendu d'une semaine à l'autre de 98 à 81. La Scarlatine a seulement occasionné 2 décès (au lieu de 10); la Diphthérie 33 (au lieu de 42). Par contre, le chiffre des décès par Variole s'est un peu élevé (15 au lieu de 10), mais la morbidité ne confirme heureusement pas ce que cette différence en plus aurait d'inquiétant.

Le nombre des décès par Athrepsie continue à être relativement peu élevé; le présent bulletin en accuse 93. Ce chiffre, qui est à très peu près celui de la semaine dernière, s'affaiblirait encore si, tenant compte des recommandations des praticiens, les familles voulaient bien comprendre à quel point il est dangereux à Paris, et surtout en dehors du domicile des parents, de donner à l'enfant un autre aliment que le lait de la femme.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

## FORMULAIRE

Solution contre la conjonctivite granuleuse. — C.-R. Agnew.

| | |
|---|---|
| Acide tannique. . . . . . . . . . . . . . . | 0 gr 25 centigr. |
| Glycérine pure. . . . . . . . . . . . . . . | 6 grammes. |
| Borate de soude . . . . . . . . . . . . . . | 2 — |
| Eau camphrée . . . . . . . . . . . . . . . | 32 — |

Une fois par jour, on applique cette solution sous forme de pulvérisation, dans le cas de conjonctivite granuleuse. — Le docteur Agnew, professeur de clinique ophthalmologique à New-York, conseille aussi, dans cette maladie, l'emploi du crayon d'alun, en évitant la cornée, à moins qu'elle ne soit très vasculaire ou opaque; mais il rejette les médications énergiques, telles que les solutions concentrées de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre. Il recommande

en outre d'agir sur la peau au moyen des bains turcs, et si on est dans l'impossibilité de s'en procurer, au moyen des injections hypodermiques de pilocarpine. Selon lui, bon nombre de cas de sclérose conjonctivale incurable peuvent être imputés à la violence de l'inflammation provoquée par l'emploi immodéré de substances corrosives. — N. G.

## COURRIER

La fièvre jaune au Sénégal. — On écrit de Saint-Louis à la date du 8 septembre :

La fièvre jaune ne cesse pas ses ravages. Voici la situation de l'hôpital de Saint-Louis du 24 août au 7 septembre :

| | |
|---|---|
| Entrées . . . . . . . . | 74 |
| Décès. . . . . . . . . | 64 |

On cite parmi les morts : MM. Delarue, capitaine du *Condé*; Brunetot, capitaine du génie ; Denizbeau et Liéault, capitaines d'artillerie ; Bertin d'Avesnes, lieutenant d'infanterie de marine ; Bertrand, médecin de deuxième classe; Tautain, sous-lieutenant d'infanterie ; Frézard, aide-commissaire de la marine ; Hugues, aide-pharmacien ; Ganivet, auxiliaire civil du commissariat ; Gonet, conducteur des ponts et chaussées ; Salvador, président du tribunal civil de Saint-Louis ; Sapin, maître armurier de la marine ; Mme Joulland, dont le mari est capitaine d'artillerie de marine, etc.

La consternation règne dans la colonie ; les magasins et les ateliers sont fermés. De plus on annonce que les populations du Fouta et du Cayar montrent des velléités d'insurrection, en présence des ravages causés par le fléau parmi la population blanche.

Le choléra a Aden. — La ville d'Aden, où le choléra a éclaté dans les premiers jours du mois d'août dernier, est située sur le golfe d'Arabie. Elle appartient, depuis 1839, aux Anglais qui en ont fait comme le Gibraltar de la mer Rouge. C'est un excellent port de relâche pour les bateaux à vapeur qui font le service de Calcutta et Bombay à Suez, et pour les navires qui font le commerce des Indes.

A raison même de cette fréquentation, l'apparition du choléra dans le port d'Aden peut présenter un certain danger pour la santé de l'Europe. Le choléra de 1865 nous est, en effet, venu par cette voie des Indes.

Grâce à un système de défense organisé sur la mer Rouge, nous avons pu y échapper en 1872 et en 1878. Des précautions analogues ont été prescrites par tous les gouvernements européens contre les provenances d'Aden et des ports turcs de la mer Rouge.

Le fameux pèlerinage de la Mecque va commencer dans quelques semaines, ce qui exigera encore un surcroît de surveillance, car, par suite des conditions déplorables dans lesquelles s'effectue ce pèlerinage, les épidémies cholériques se sont toujours développées facilement parmi les pèlerins.

Les piscines de natation a Paris. — Le préfet de la Seine a approuvé récemment une délibération du Conseil municipal tendant à la création, dans Paris, de piscines de natation permanentes. La ville de Paris vient d'entrer dans la voie d'exécution de cette mesure.

Afin d'obtenir des eaux chaudes à température constante en toute saison, les eaux de condensation des machines élévatoires du quai de Billy, de la Villette et du pont d'Austerlitz ont été concédées pour une durée de treize ans aux entrepreneurs des piscines. Les bassins auront 75 mètres de longueur, 15 mètres de largeur et 2 mètres de profondeur moyenne ; ils seront alimentés d'eau courante, chauffée, filtrée et renouvelée suivant les besoins.

Les concessionnaires sont tenus de réserver deux jours gratuitement aux troupes de la garnison de Paris. Deux autres jours de la semaine, les élèves des écoles communales et les indigents assistés par les bureaux de bienfaisance seront admis aux piscines à la charge de la ville, aux prix de 10 ou de 15 centimes. Le public payant sera admis au prix maximum de 25 centimes par personne, linge non compris.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette mesure, qui réalise un véritable bienfait. La propreté est une vertu que l'on doit s'efforcer de propager. La malpropreté est l'auxiliaire le plus efficace de toutes les épidémies.

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# GYNÉCOLOGIE

## DE LA GROSSESSE CERVICALE;

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 avril 1881,

Par le docteur MARCHAL.

Les connaissances que nous possédons sur les grossesses extra-utérines ont pris, depuis les travaux modernes, une précision et une étendue considérables; cependant cette partie de la science obstétricale présente encore bien des points obscurs et des lacunes que des recherches nouvelles auront à combler.

C'est parmi ces questions non résolues jusqu'ici que l'on doit ranger la grossesse cervicale. Après avoir été admise jadis sur la foi d'observations des plus contestables, c'est à peine si aujourd'hui, parmi les traités classiques, il s'en rencontre qui en fassent mention.

Il faut distinguer cependant entre les divers états pathologiques auxquels on peut appliquer l'expression de grossesse cervicale. S'agit-il d'un œuf qui s'est greffé dans le col au lieu de s'arrêter dans l'utérus, et qui se nourrit et se développe dans le col, on comprend assez bien les motifs qui, à défaut de faits connus et concluants, ont pu amener beaucoup de bons esprits à nier la possibilité de la grossesse cervicale.

Mais qu'il s'agisse d'un œuf déjà arrivé normalement à une époque avancée de son développement et qui, par suite de circonstances particulières, passe de la cavité du corps dans celle du col, nous nous trouvons aussitôt en présence de faits nombreux et avérés, d'un état pathologique que l'expression grossesse du col caractérise peut-être assez mal, mais qui offre d'autant plus d'intérêt qu'il a été l'objet de descriptions d'une grande valeur.

Nous devons ces descriptions à un travail de Rokitansky, datant de 1860, et qui avait pour but de démontrer que les polypes utérins sont dus au développement pathologique d'une partie de l'œuf et l'effet possible d'un avortement incomplet. La publication des faits observés par le docteur Schulein, discutés en 1878 à la Société gynécologique de Berlin, vient en quelque sorte compléter ces premières données.

Les recherches de Rokitansky, bien qu'exclusivement nécropsiques, sont em-

---

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Sans autre formalité, j'emprunte au compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences, publié dans le *Constitutionnel* par notre savant confrère M. le docteur Hector George, le passage suivant, en m'associant de tout cœur à la pensée patriotique qui l'a inspiré, aux réflexions qui l'accompagnent, ainsi qu'aux souvenirs douloureux qu'il rappelle :

De tous les savants électriciens étrangers qui assistent à la séance, un seul fait une communication à l'Académie.

C'est M. Du Bois-Reymond, Français de nom, Suisse d'origine, Allemand de naissance, professeur à l'Université de Berlin.

Il prie notre Académie des sciences d'accepter un ouvrage qu'il a fait sur les poissons électriques en collaboration avec un jeune savant, le docteur Sax, qui, après avoir été étudier les poissons électriques dans leur patrie, et notamment les gymnotes au Venézuela en 1876 et 1877, périt misérablement à 25 ans, en tombant dans une crevasse des montagnes du Tyrol.

M. Du Bois-Reymond expose pendant dix minutes à l'Académie le sujet de ce travail, d'une voix ferme et claire, sans accent étranger, et qu'on croirait vraiment française, si l'on ne s'en fiait qu'aux apparences. C'est de cette même voix, mais en langue allemande, que M. Du Bois-Reymond prononçait dans sa chaire professorale de Berlin, le 3 août 1870, les paroles suivantes :

— Mais laissons Bonaparte; après tout, ce n'est là qu'une figure qui passe. Nous avons

preintes d'un si puissant esprit d'analyse, elles jettent une si lumineuse clarté sur la question, que les faits parlent d'eux-mêmes, non sans doute pour reconstituer toute l'histoire clinique de la maladie, mais tout au moins pour témoigner des causes, pour élucider la question si importante de la genèse et même rétablir en partie la marche de l'affection. Le premier sujet qui lui donna l'occasion d'observer un œuf dans le col, était le cadavre d'une femme de 22 ans présentant les lésions de la péritonite. La longueur de l'utérus était de trois pouces, dont un pour le col, de forme presque sphérique. Du fond et de la paroi antérieure de l'utérus, où il était attaché par un pédicule, un œuf, du volume d'un œuf de pigeon, descendait jusque contre l'orifice externe, qui présentait les dimensions d'un pois. Le pédicule avait une longueur de 1 pouce et une épaisseur trois fois moindre; il était contenu dans une gaîne qui se prolongeait sur l'œuf en s'amincissant. Après examen, il fut reconnu que cette gaîne était une caduque réfléchie, et que le pédicule était formé par un paquet de glandes utérines extrêmement allongées. L'œuf ne contenait pas d'embryon et sa paroi était formée par l'amnios, qui présentait une sorte de diverticule pénétrant très haut dans le pédicule, par un chorion, et une caduque réfléchie très mince et infiltrée de sang.

Dans un second cas, il s'agit d'une fille de 17 ans, morte de fièvre typhoïde. Le vagin était occupé par un col converti en une tumeur sphérique, au milieu de laquelle se voyait l'orifice externe arrondi, et laissant pénétrer la première phalange de l'index jusque sur une poche membraneuse fluctuante. Longueur totale de l'utérus, 3 pouces 1/2. Du fond à l'orifice interne, il y avait 2 pouces. La cavité utérine n'était élargie que du côté du col, juste assez pour contenir un pédicule analogue à celui du cas précédent, ainsi qu'un repli muqueux dont il va être question. Ce pédicule, inséré sur la paroi antérieure, présentait une longueur et une largeur à peu près égales, mesurant un demi-pouce dans les deux sens; l'œuf, fluctuant et violacé, qui était fixé à son extrémité inférieure, avait 2 pouces de diamètre.

Le corps du pédicule se trouvait uniquement formé de tissu analogue à celui de la muqueuse utérine, d'un paquet de glandes utérines allongées, et pouvait donc être considéré comme représentant exactement la caduque inter-utéro-placentaire. Il était enveloppé d'une gaîne formée par la caduque réfléchie, comme dans le cas précédent, et cette gaîne, qui se prolongeait sur l'œuf, présentait en outre une particularité singulière. Au point précis de l'insertion de l'œuf sur le pédicule, on

---

d'autres comptes à demander. Louis Napoléon a un complice. Je ne parle pas de ses instruments misérables, de ses ducs étranges, de ses gardes des sceaux, qui aujourd'hui se parjurent pour lui, quitte à se parjurer demain en un autre sens. Le criminel dont je parle, plus dangereux que Napoléon lui-même, parce qu'il n'est pas menacé de déchéance et qu'il est immortel, c'est la nation française tout entière (*ist das ganze franzœsische Volk*). C'est elle que, hautement, nettement, de propos délibéré (*ueberlegt*), je dénonce en cette place, en cette tribune de la première Université allemande, dont je m'estime très honoré d'être l'organe en ce moment solennel. Je l'accuse pour qu'elle entende et sache comment la jugent aujourd'hui, non-seulement la plume de quelques journalistes, les discours inspirés par la bière de quelques étudiants et de quelques bourgeois, le patriotisme étroit de quelques traîneurs de sabre, mais aussi l'opinion générale et profondément arrêtée d'une corporation qui se compose des hommes les plus sérieux, les plus instruits, les plus honorables, les plus impartiaux de ce pays, des savants et des professeurs les plus illustres de l'Allemagne (Emil Du Bois-Reymond, *Ueber den deutschen Krieg, Rede am* 3, *August*. 1870, *gehalten*. Zweiter Abdruck, page 15; Berlin, 1870).

C'est dans cette même séance que M. Du Bois-Reymond disait à son auditoire :

— Messieurs, excusez mon nom français.

Une plaisanterie favorite de M. Du Bois-Reymond après le traité de Francfort, c'était de dire dans ses cours, en indiquant de combien de degrés se déviait l'aiguille d'un galvanomètre :

— L'aiguille se dévie de cinq degrés. Ah! Messieurs, ce n'est pas encore cinq milliards!

Le président de l'Académie, M. Wurtz, Alsacien d'origine, remercie M. Du Bois-Reymond avec une cordialité affectueuse qui aurait pu (à ce qu'il a semblé) être moins expansive et un peu plus réservée.

voyait une sorte de bourrelet circulaire, d'anneau, formé par un plissement transversal, par l'adossement de la membrane à elle-même, en sorte que l'enveloppe

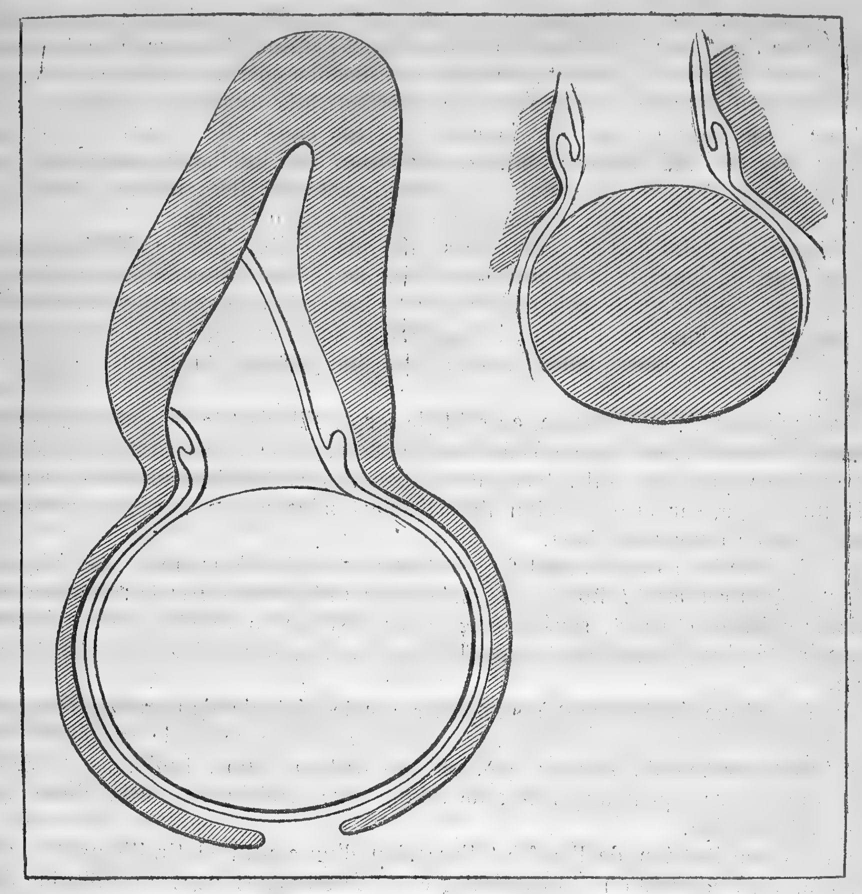


Figure 1.

***

Chère Alsace-Lorraine, je ne te quitterai pas sans payer mon pieux et respectueux hommage au vénéré confrère, à M. le professeur Schützenberger, qui vient de s'éteindre à l'âge de 72 ans dans cette belle cité qu'il aimait tant, et qui le lui rendait bien. M. le professeur Schützenberger a professé la clinique médicale, alternativement avec le professeur Forget. Je n'oserai tracer ni même esquisser le plus léger parallèle entre ces deux maîtres investis d'un enseignement similaire. Ce qui m'en reste dans le souvenir, je l'exprimerai ainsi : Forget cherchait à importer dans la Faculté de Strasbourg la méthode et les principes de l'école organicienne de Paris ; Schützenberger se proposait d'acclimater les doctrines médicales transrhénanes dans une école française. Mais, — il y avait dès mais, — Forget, tout en restant fidèle à Louis, à Chomel, à Laënnec, prévoyait l'invasion prochaine des études de laboratoire et y préparait l'esprit de ses élèves; tandis que Schützenberger éclairait de son esprit éminemment français les nébulosités des écoles allemandes.

Dans sa jeunesse, voyageant en diligence, un accident grave rendit M. Schützenberger infirme pour toute sa vie, mais lui valut une large et très légitime indemnité de la part de l'administration des Messageries.

***

Vient aussi de mourir à Saint-Gaudens, à l'âge de 69 ans, un peintre de grand mérite, M. Romain Cazes, auteur de tableaux très estimés et qui a enrichi plusieurs églises de la chaîne pyrénéenne de très belles peintures murales. La mort de ce peintre, très aimé et très distingué de son illustre maître, M. Ingres, me rappelle un souvenir que j'ai bien pu déjà consi-

muqueuse, partout exactement adhérente à l'œuf et au pédicule, eût présenté une cavité trop grande pour le contenu, si le bourrelet dont il s'agit avait été déplissé.

Ce plissement était évidemment produit par une force qui avait repoussé la caduque de l'œuf vers le pédicule en la tendant et l'amincissant sur la surface ovulaire, et cette force ne pouvait être que la résistance énergique que les parois du col, surtout au niveau de l'orifice interne, offraient à la dilatation exagérée résultant de l'expulsion de l'œuf de la cavité utérine dans celle du col (fig. 1). La caduque ovulaire était donc très mince. Le chorion était imbibé de sang coagulé, et l'œuf, n'adhérant en aucun point à la paroi du col dont il se trouvait séparé par un exsudat en partie liquide, contenait un embryon de un pouce.

Rokitansky conclut de l'examen de ces faits que ce n'est pas un développement exagéré, pathologique, de la sérotine sous forme de pédicule plus ou moins allongé, qui repousse l'œuf dans le col, mais que cet effet est amené par des contractions précoces et énergiques de l'utérus, l'allongement de la caduque en forme de pédicule n'étant qu'une conséquence de cette expulsion partielle du produit de la conception.

A cette époque de la grossesse, en effet, le corps, s'il n'est le siége d'aucune contraction musculaire, se laisse plus aisément distendre que le col dont la résistance ne peut être vaincue que s'il intervient d'énergiques contractions utérines. Le repli de la muqueuse, sur la production duquel nous nous sommes étendu, serait un témoignage de ces contractions.

Il s'agit donc bien évidemment d'un avortement arrêté dans une de ses phases; mais pourquoi cet arrêt? Rokitansky l'explique uniquement par la résistance du pédicule puissant et court, sans se préoccuper de l'état de l'orifice externe dont la sténose a été plus généralement considérée comme la cause de l'arrêt de l'œuf dans le col.

L'œuf continue évidemment à se nourrir par le pédicule dans cette phase prolongée de l'avortement que Rokitansky appelle grossesse cervicale secondaire, et il est incontestable qu'il s'accroît pendant un certain temps, limité par la résistance du col qui ne peut augmenter de volume que faiblement et cela d'une manière toute passive.

La nouvelle situation de l'œuf est l'occasion d'un continuel tiraillement sur le pédicule, d'où production d'hypérémies et d'hémorrhagies dont l'infiltration des membranes vient témoigner. Aussi les phénomènes subjectifs qui signalent les

---

gner ici ou ailleurs, mais que tout le monde aura certainement oublié. C'était pendant le urde hiver de 1830, alors que, sous la direction de l'excellent Vidal (de Poitiers), nous nous livrions à la Salpêtrière, Fontan et moi, à des dissections sur les cadavres de pauvres femmes décédées dans l'hospice. Romain Cazes était neveu de Fontan, qui contribua largement à son éducation artistique. L'élève peintre nous accompagnait quelquefois à l'amphithéâtre. Un jour nous trouvons sur la table le corps d'une jeune femme splendidement belle et qui était morte dans la section des aliénées. Romain Cazes fut si vivement impressionné par la beauté des formes de cette infortunée, qu'il envoya un commissionnaire à son illustre maître en l'invitant à venir voir ce chef-d'œuvre plastique. Ingres se rendit à cette invitation et fut frappé comme son élève de la perfection de ce corps. Les extrémités surtout, pieds et mains de ce cadavre, excitèrent son admiration, et il voulut en conserver et en emporter le souvenir en les faisant mouler immédiatement.

Lecteur, quand vous vous trouverez en présence du beau tableau d'Ingres désigné sous le nom de *la Source*, regardez avec attention les pieds et les mains de cette belle toile, ce sont les pieds et les mains de la pauvre folle de la Salpêtrière.

***

En vérité il n'y a pas de quoi rire. Ne sommes-nous pas menacés de l'invasion de deux fléaux pestilentiels : la fièvre jaune par les ports de l'Ouest, le choléra par les ports du Midi? Quant à la fièvre jaune, nous pouvons, pour le moment, bannir nos alarmes. Cette affreuse peste est frileuse, elle aime la chaleur, et l'abaissement de la température ferait justice de ses velléités d'introduction chez nous. Mais je ne peux partager l'opinion de ceux qui proclament que la fièvre jaune ne peut s'acclimater en France. Je crains bien que si la petite épidémie de

premiers mois de la grossesse doivent-ils être particulièrement pénibles. Il y a eu commencement d'avortement pour une cause quelconque que d'autres observations permettent de rattacher parfois à un état en quelque sorte infantile de l'utérus; il y a dilatation énorme du col avec tous les phénomènes réflexes qu'elle doit entraîner, tels que vomissements bien plus accentués qu'ils ne le sont d'habitude, il y a enfin une tendance hémorrhagique qui paraît un caractère constant de la grossesse cervicale.

Si nous passons à des faits plus récents, appuyés de commémoratifs cliniques, nous trouvons 3 cas observés par le docteur Schulein (de Berlin) à la clinique de l'Université et publiés par lui en 1878. Les patientes dont il s'agit étaient toutes des primipares enceintes de deux à quatre mois; après la cessation des règles, elles avaient éprouvé des douleurs et des pertes sanguines quelque temps avant de se présenter à la clinique. Chez toutes on constatait un col volumineux et sphérique surmonté d'un utérus fortement contracté.

L'auteur fait remarquer qu'on trouve souvent des formes de transition entre cet état et l'état normal à la même période de la grossesse, mais qu'on ne peut évidemment appeler grossesses cervicales que les cas bien caractérisés; il faut, en outre, faire le diagnostic différentiel entre le col gravide et toute autre tumeur de cet organe, ce qui sera en général facile.

La présence de l'œuf dans le col étant bien établie, soit par le diagnostic, soit par l'anatomie pathologique, il n'y a pas lieu, suivant le docteur Schulein, de s'arrêter à l'hypothèse impossible du développement primitif de l'œuf dans le col; il était à l'origine dans l'utérus, d'où il est sorti sans que l'on puisse préciser à quel moment. Le fait suivant plaide en faveur d'un accroissement ultérieur, au moins temporaire, de l'œuf dans le col. Dans un des cas observés par le docteur Schulein, des confrères avaient donné leurs soins à la patiente quinze jours avant son entrée à la clinique; ils avaient constaté également alors la forme sphérique du col; mais appelés à un nouvel examen, ils reconnurent que cet organe avait depuis pris un développement plus considérable. On n'en peut conclure d'une manière absolue au développement de l'œuf dans le col, l'accroissement physiologique en un temps aussi court étant peu notable, mais à coup sûr ce fait trouve une explication très plausible dans la présence du pédicule formé par la caduque allongée, qui unit encore l'œuf à la paroi utérine et peut servir à sa nutrition.

---

Saint-Nazaire, si lumineusement décrite par Mêlier, eût éclaté pendant les torrides chaleurs que nous avons subies en juillet dernier, elle n'eût donné un douloureux démenti aux optimistes de l'épidémiologie.

Quant au choléra, c'est tristement différent : rien ne l'arrête, ni le froid, ni le chaud, ni le sec, ni l'humide. Il a envahi Aden, on le dit à Alexandrie, et, si cela est vrai, on dira bientôt : il règne à Marseille. Ce serait par trop : *Dî avertant!*

***

Pour nous distraire de ces tristes pensées, entrons à la police correctionnelle. On y entend de si drôles de choses et si spirituellement racontées par les chroniqueurs du Palais!

On serait tenté de croire qu'après l'explication si entortillée, si connue, du *Menteur* de Corneille, un dentiste lui-même n'aurait plus qu'à retirer humblement son chapeau.

Nous allons bien voir. Justement, c'est un dentiste que nous allons entendre expliquer un vol qui l'amène en justice. Du moins, c'est la profession qu'il se donne, sans établir d'ailleurs qu'il l'exerce et qu'il en vit; il se contente d'affirmer qu'il opérait dans les foires, villages, bourgades, et même à l'Isle-Adam, arrachant canines et molaires à 50 centimes l'une, 5 fr. la douzaine; mais il prétend que le métier se gâte, exactement comme si les dents avaient cessé d'en faire autant.

Et puis, avec ça (ajoute-t-il), je suis malade et incapable de travailler.

M. le président : Quelle maladie avez-vous?

Le prévenu : J'ai des éblouissements; alors, vous comprenez, Monsieur, arrachant une dent au lieu de l'autre, ça m'a coulé à fond de cale. J'ai donc été consulter un herboriste sur mes éblouissements; il me dit : Comment vous couchez-vous pour dormir? je lui réponds : Tantôt sur

Appuyé sur les faits observés par lui, le docteur Schulein recherche les causes de la grossesse cervicale secondaire, et pense les trouver le plus souvent dans les obstacles que les forces expultrices rencontrent à l'orifice externe, et qui empêchent l'avortement de se terminer. La rigidité du tissu qui entoure l'orifice externe, ou même l'occlusion complète de cette ouverture, sont dues à une atrésie congénitale, ou bien à des productions cicatricielles, le premier cas étant évidemment le plus fréquent, à en juger d'après la prédominance marquée de la grossesse cervicale chez les primipares. Les mêmes causes de résistance de l'orifice externe se rencontrent d'ailleurs quelquefois à la fin de la grossesse; mais alors, l'œuf étant beaucoup trop volumineux, ne peut se loger dans la cavité cervicale.

A cette explication, ainsi qu'à celle de Rokitansky, pour lequel la résistance du pédicule est la cause déterminante de l'arrêt de l'œuf, il faut en ajouter une troisième, également plausible, en sorte que la genèse de la grossesse secondaire du col serait variable suivant les cas. D'après Spiegelberg, la situation élevée de l'orifice externe sur la paroi postérieure du col est capable de produire la rétention de l'œuf, sans atrésie de cette ouverture, la direction des forces expultrices les rendant insuffisantes pour en opérer la dilatation.

Les observations du docteur Schulein furent l'objet d'une discussion à la Société gynécologique de Berlin. Veit déclare avoir observé trois cas analogues, dont deux chez des primipares et un chez une multipare. Martin pense que ces faits ne sont pas rares; il a eu occasion d'en constater. Ebell en a observé plusieurs; on voit qu'il s'agit, dans tous ces cas, d'avortements arrêtés dans une de leurs phases. Ebell insiste sur la grande valeur qu'il faut attacher à la communication de l'œuf avec la paroi utérine par le pédicule très résistant dont on a généralement constaté la présence; il a pu, dans un cas, le suivre jusqu'au voisinage de l'orifice tubaire gauche.

Un membre n'admet l'existence de la grossesse cervicale que dans les cas où il y a eu accroissement de l'œuf dans le col, par conséquent séjour prolongé; un autre voudrait que l'on abandonnât l'expression de grossesse cervicale pour la remplacer par celle de « œufs polypiformes, ou polypes ovulaires »; tous paraissent d'accord sur les traits principaux de cette affection, tels qu'ils sont fournis par les recherches que nous venons de résumer.

La grossesse cervicale de Rokitansky, de ce que nous pourrions appeler son

---

une oreille, tantôt sur l'autre. — Faudra faire le contraire, qu'il me dit, et puis, le soir, avant de vous mettre au lit, faites douze fois le tour de votre table de nuit. N'ayant pas de table de nuit, je faisais douze fois le tour de ce qu'on met dedans; alors.....

M. le président : Tout cela est inutile; vous avez soustrait frauduleusement deux morceaux de plomb de 4 kilogrammes chacun.

Le prévenu : Mon président, je vas vous expliquer.....

M. le président : Enfin, oui ou non, reconnaissez-vous avoir volé ce plomb?

Le prévenu : Je ne reconnais pas ça; c'est vrai qu'ils étaient attachés sous ma blouse, mais je vas vous expliquer.....

M. le président : Nous allons entendre le témoin.

Une forte femme, une riche nature, s'avance à la barre. Elle déclare être âgée de quarante-six ans.

M. le président : Quelle est votre profession ?

Le témoin : Nourrice.

M. le président : Nourrice à quarante-six ans?

Le témoin : Oh ! Monsieur, voilà près de trente ans que c'est mon métier. J'ai commencé toute jeune.

Ceci dit, la nourrice explique qu'elle a vu d'une fenêtre de la maison qu'elle habite le prévenu s'introduire sous le hangar d'un plombier, locataire de la même maison, y soustraire deux gros morceaux de plomb, les attacher à la ceinture de son pantalon et rabattre sa blouse par-dessus.

M. le président : Le plombier n'était donc pas là ?

Le témoin : Non, car ayant vivement descendu pour le prévenir, il n'y avait personne chez

école, est donc bien acquise à la science; son étiologie, sa marche, son diagnostic et son anatomie pathologique sont également bien établis.

*C'est un début d'avortement qui a laissé l'œuf dans le col, où il peut s'accroître pendant un certain temps, grâce au pédicule, cordon secondaire formé par la sérotine, qui l'unit à l'utérus, et sans qu'il contracte d'attaches placentaires nouvelles. Cette grossesse ectopique, à laquelle les primipares sont plus exposées, n'est pas très rare, et se termine nécessairement au moment où l'extensibilité du col a atteint ses dernières limites, c'est-à-dire habituellement vers le troisième mois.*

C'est en cet état de la science que le professeur Pajusco, de Catane, vient de publier quatre observations de grossesse du col du plus haut intérêt, et qui tendent à modifier profondément les idées acceptées. Il s'agit, en effet, au moins pour trois de ces cas, de grossesse cervicale primitive, d'œufs qui, dans la pensée de l'auteur, ont dû se greffer tout d'abord dans le col. Ces observations paraissent avoir été prises avec un soin particulier, et la symptomatologie y est amplement développée, ne laissant dans l'ombre aucun détail, si minime qu'il paraisse. Malheureusement, il ne s'agit que de faits exclusivement cliniques, et interprétés par l'auteur au point de vue clinique seul.

Voici un rapide résumé de ces observations qui, mieux que tout commentaire, fera ressortir la différence considérable qu'il y a entre la grossesse cervicale telle que nous la montrent les faits connus jusqu'ici, et la grossesse cervicale primitive, la seule à laquelle cette expression puisse être appliquée sans contestation, puisque nous avons vu que les autres peuvent aussi bien être considérées comme des modalités particulières de l'avortement.

La première observation est due au docteur Keppler, du 10 avril 1878, et prise par lui en qualité d'*assistant* (chef de clinique) dans la clinique gynécologique privée de A. Martin, à Berlin. La présence des médecins et des étudiants qui fréquentaient la clinique, et le grand intérêt qu'offrait pour eux le cas dont il s'agit, sont notés par l'auteur, et on peut y voir une garantie d'authenticité.

Obs. I. — Clara S..., de Berlin, âgée de 26 ans. Les règles avaient disparu depuis trois mois, et il était survenu des nausées et des vomissements. Peu avant son entrée à la clinique, elle s'aperçut qu'une tumeur violacée, de la grosseur d'une petite pomme, faisait saillie hors des parties génitales et ne pouvait être réduite. Cette tumeur avait l'apparence du col; la portion sus-vaginale était grosse et allongée, le corps même de l'utérus très augmenté de volume et légèrement rétroversé.

---

lui. Alors j'ai sorti dans la rue et apercevant le voleur, quand même, il passait deux sergents de ville, je leur-z-ai conté la chose.

M. le président (au prévenu) : Eh bien, vous entendez.

Le prévenu : Tout ça, c'est de la blague en bâton.

La nourrice (indignée) : Oh! et que même ça m'a fait si tellement une révolution que je m'ai dit : C'est sûr que ça va me faire tourner mon lait.

Le prévenu : Vous me faites rire avec votre lait de quarante-six ans; c'est pas du lait, c'est du fromage, c'est des petits suisses.

La nourrice : Je peux prouver.....

Le prévenu : Oh! pas à moi, merci! D'ailleurs, j'ai un témoin, moi aussi, ma concierge.

On appelle la concierge : Je ne connais pas du tout, dit-elle, la chose auquel Monsieur est accusé.

M. le président (au prévenu) : Alors que voulez-vous lui demander, à votre concierge?

Le prévenu : Je voudrais que Madame dise si c'est vrai que j'ai des éblouissements?

La concierge : Pour ce qui est de ça, la main devant Dieu et devant les hommes, même que lui ayant conseillé des lavements un jour qu'il était au lit, je lui en ai monté un, et que dès que j'ai seulement ouvert la porte, il me dit d'un œil languissant : Ah! mam' Champoux, je suis bien bas percé. — Nous allons voir ça, mon garçon, que j'y dis.....

M. le président : Allez vous asseoir (au prévenu) : Enfin d'où provenaient les morceaux de plomb dont vous étiez porteur, si vous ne les aviez pas volés?

Le prévenu : Je les avais achetés.

M. le président : Pour quoi faire?

Le prévenu : Oh! vous allez comprendre ça tout de suite, et ces Messieurs *idem* ; allant tou-

Trois jours après, à un nouvel examen, la tumeur se trouva réduite spontanément, le col à 6 centimètres de la vulve, l'orifice dirigé vers le sacrum, et le corps antéfléchi à angle droit.

Quatre jours plus tard, dans la nuit, le docteur Keppler fut appelé d'urgence auprès de la patiente, qu'il trouva baignée dans une mare de sang, le fœtus, avec un cordon très mince, et une petite portion du placenta pendant hors des parties génitales. L'orifice externe était largement ouvert, l'interne assez dilaté pour que l'index pût arriver au fond de l'utérus.

Le placenta — et c'est là le point important — était inséré vers le milieu de la paroi *cervicale,* en arrière, large, en grande partie adhérent, portant à son milieu l'insertion du cordon ombilical, et à son bord supérieur une autre sorte de cordon très mince, traversant l'orifice interne pour aller s'insérer vers le fond de l'utérus. Ce cordon secondaire fut difficilement détaché avec le doigt, et l'on ne put trouver à son insertion aucune trace de tissu placentaire ; après une sérieuse hémorrhagie provoquée par cette manœuvre, la patiente guérit rapidement ; mais, trois mois après, on trouvait encore le corps de l'utérus petit, et le col d'un volume exagéré.

Les deux observations suivantes ont été prises en Italie, dans la clientèle privée du docteur Keppler :

Obs. II. — Dans l'une, il s'agit d'une patiente de 32 ans, sans grossesse antérieure ; elle est albuminurique, avec hypertrophie du cœur. Accidents sérieux depuis deux mois que les règles ont disparu. Le col est dans le même état que chez la malade précédente.

A raison de l'état général grave, l'avortement médical est pratiqué : après la sortie de l'embryon, et l'introduction de l'index, on trouve le placenta *inséré latéralement vers le milieu du col, et l'orifice interne complètement fermé,* fait d'un intérêt capital, et qui exclut toute possibilité de communication de l'œuf avec l'utérus. Sept semaines après, le corps est normal ; le col reste volumineux.

Obs. III. — L'autre patiente a 26 ans ; mariée depuis trois ans, elle est restée stérile ; depuis trois semaines, vomissements incoercibles ; le col est notablement augmenté, dur, élastique, piriforme ; la tumeur est formée en grande partie par la paroi postérieure. Le corps, un peu augmenté de volume, est antéfléchi à angle aigu.

On pratique l'avortement au moyen de la *rupture* des membranes, mais les contractions très énergiques ne peuvent suffire pour amener l'expulsion. L'orifice externe se dilate peu, et il faut procéder à l'extraction de l'œuf.

Le placenta est trouvé inséré sur la partie postéro-inférieure de la *cavité cervicale, l'orifice interne absolument clos,* comme dans le cas précédent. L'examen du fœtus fait reconnaître une grossesse de deux mois et demi. Après la guérison, le col reste hypertrophié.

Obs. IV. — La dernière observation est prise à Rome par le professeur Pajusco lui-même ;

---

jours de ci de là, par la chose de mes éblouissements, qu'à chaque instant je perdais mon équilibre, vu que la tête emportait le reste, je m'étais dit : Tiens, en me mettant un fort poids de chaque côté, ça me tiendra d'aplomb.

Telle est l'explication colossale qui a valu à son auteur un an de prison, et justifie ce que nous disions en commençant : qu'après celle du héros de Corneille, on aurait tort de tirer l'échelle.

*
* *

Débrouillez-vous, si vous pouvez, dans ce brouillamini de parenté :

Un Américain établit, comme il suit, les degrés de parenté que lui crée son mariage :

« J'ai épousé une veuve qui avait de son premier mariage une grande fille, dont mon père devint amoureux et qu'il épousa ; ainsi mon père devint mon gendre, et ma belle-fille ma mère, puisqu'elle avait épousé mon père.

Quelque temps après, ma femme eut un fils qui fut le beau-frère de mon père, et en même temps mon oncle, puisqu'il était le frère de ma belle-mère.

La femme de mon père, elle aussi, devint mère à son tour d'un gros garçon, qui devint mon frère et mon petit-fils, puisqu'il était le fils de ma fille.

Ma femme était ma grand'mère, car elle était la mère de ma mère ; moi, j'étais le mari de ma femme et son petit-fils aussi ; et, comme le mari de la grand'mère d'une personne est son grand-père, je devins mon propre grand-père. »

Y êtes-vous ? ni moi non plus.

Dr Simplice.

il s'agit d'une femme de 33 ans, sans grossesse antérieure. Signes de grossesse depuis trois mois que les règles sont supprimées. Le col est converti en une tumeur sphérique, dure et élastiqe, uni au corps rétrofléchi par une portion étranglée répondant à l'orifice interne, et donnant à l'organe la forme d'un sablier, dont le col est la partie la plus volumineuse.

L'avortement a lieu spontanément, et *on trouve le placenta adhérent encore en grande partie* AU-DESSOUS *de l'orifice interne* COMPLÉTEMENT FERMÉ. L'orifice externe donnant passage à deux doigts, la délivrance peut être pratiquée au moyen de l'index recourbé en crochet.

(*La fin au prochain numéro.*)

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE SUR LA SCARLATINE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES, par le docteur Henri LEGENDRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, 1881; Ad. Delahaye et Lecrosnier.

Sous le nom de scarlatine chez les femmes en couches, dénomination préférable à celle de scarlatine puerpérale, l'auteur désigne les éruptions scarlatiniformes, qui compliquent accidentellement les couches. Distinguer cet exanthème des autres éruptions qui se montrent dans les premières semaines qui suivent l'accouchement était d'une importance considérable au point de vue clinique. En effet, l'herpès, les pseudo-érysipèles, les sudamina, la roséole, l'ecthyma, le pemphigus peuvent se rencontrer dans l'état puerpéral. Il importait surtout d'étudier les exanthèmes scarlatiniformes, et la miliaire, qui constituent la scarlatinoïde puerpérale de Guéniot. Cette étude fait l'objet du premier et du deuxième chapitre de cette thèse.

Dans le troisième, l'auteur passe en revue les formes cliniques de la scarlatine des femmes en couches. Il les réunit dans deux groupes : 1° les scarlatines régulières, dont l'évolution est simple et parallèle à celle de l'état puerpéral ; 2° les scarlatines anormales, dont le diagnostic est quelquefois difficile à établir au début de la maladie. En effet, les éruptions causées par certains médicaments, la rougeole, la miliaire sudorale, l'érythème noueux, peuvent être confondues avec ces formes de la scarlatine.

Les indications thérapeutiques consistent dans la pratique antiseptique, scrupuleusement employée, et dans le traitement classique de Sydenham.

Un dernier chapitre est consacré à la description des éruptions septicémiques qui se rencontrent dans l'état puerpéral sous forme d'exanthèmes morbilliformes, scarlatiniformes, ortiés ou hémorrhagiques (le purpura, par exemple). Ces éruptions sont sous la dépendance d'un état général grave. Il en est de même de l'impétigo herpétiforme des Allemands, auquel, avec raison, le docteur Ernest Besnier donne le nom de dermatite pustuleuse circinée et excentrique. L'éminent médecin de l'hôpital Saint-Louis n'hésite pas à faire de cette dermatite une éruption septicémique des plus graves, puisque, sur huit cas, huit fois les malades sont mortes.

La thèse du docteur Legendre, qui est accompagnée de nombreuses observations, dont quelques-unes sont inédites, constitue donc un travail sérieux et d'une grande valeur clinique.

Ch. ELOY.

ESSAI EXPÉRIMENTAL SUR LES CONDITIONS DE TOXICITÉ DE L'OXYGÈNE PUR ; par le docteur Maurice SEILER. — Nancy, 1881; Collin.

Cette thèse expose les résultats des expériences entreprises par l'auteur dans le laboratoire d'anatomie et de physiologie pathologiques de M. le professeur Feltz, de la Faculté de Nancy. Les conclusions de ces recherches sont intéressantes :

1° L'oxygène pur respiré pendant plusieurs jours, produit des lésions pulmonaires congestives et inflammatoires, toujours mortelles. Si la durée de ces inhalations a été moindre, l'intensité des lésions est en rapport avec le temps pendant lequel les animaux y ont été soumis.

2° Son injection dans les veines amène la mort dès que la tension du gaz introduit fait équilibre à la puissance musculaire du cœur droit. Tant que cette condition n'est pas remplie, l'oxygène peut s'éliminer par la respiration, donner lieu à des lésions pulmonaires, et, en se combinant avec les globules du sang, produire des accidents nerveux.

3° Injecté dans les artères, il donne lieu à des troubles nerveux mortels et à des lésions cérébrales par des embolies gazeuses.

4° Respiré à haute tension, l'oxygène est un agent toxique qui agit sur le système nerveux; résultats expérimentaux qui confirment les recherches de M. P. Bert et celles du professeur Feltz.

Ces expériences ont une utilité au point de vue thérapeutique : elles montrent le danger de

l'abus des inhalations oxygénées et l'action spéciale de ce gaz sur le système nerveux, action signalée d'ailleurs par Demarquay; et sur les globules rouges, dont il augmente la richesse en hémoglobine. — Ch. Eloy.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. D. Colladon adresse une note sur des expériences faites en 1826 sur les courants électriques produits par des éclairs éloignés du lieu d'observation, et sur des études récentes de M. René Thury sur les bruits des téléphones pendant les orages.

« M. Marc Thury, professeur à l'Université de Genève, m'a communiqué une observation faite par son fils, M. René Thury; elle a un grand intérêt scientifique pour la météorologie, parce qu'elle servira à apprécier, à la distance de plusieurs kilomètres, l'intensité des éclairs et la conductibilité pour l'induction électrique de l'air chargé d'humidité.

Cette observation vient d'ailleurs confirmer un fait que j'avais observé et publié à Paris, en 1826, à l'occasion de recherches sur l'électricité atmosphérique au moyen de mon galvanomètre construit pour la mesure des courants électriques que peuvent produire les machines à frottement, la décharge des bouteilles de Leyde, celle des torpilles ou des gymnotes, l'électricité soutirée des nuages par des branches d'arbres ou des pointes métalliques, etc.

Suivant la communication de M. Thury, son fils, jeune électricien de mérite, avait disposé un fil de cuivre tendu horizontalement entre deux maisons, à la hauteur des toitures, et communiquant avec la terre au moyen de tuyaux métalliques servant à conduire l'eau potable. Au fil aérien, ayant environ $0^m,002$ de diamètre et $50^m$ à $60^m$ de longueur, était joint un téléphone dont la résistance mesurait $4^{ohms},5$ et un autre appareil semblable de $25^{ohms}$.

Depuis le printemps de 1879, époque de l'établissement du téléphone, à chaque orage, rapproché ou lointain, le jaillissement des éclairs a toujours été accompagné d'un bruit très caractéristique, perceptible dans les téléphones. Ce bruit se faisait entendre à l'instant même où l'on voyait l'éclair, quelle que fût sa distauce, et résultait, par conséquent, d'un effet d'induction de la décharge lointaine sur le fil. Tous les éclairs visibles à l'œil se faisaient entendre dans le téléphone, alors même que l'on ne pouvait entendre le bruit du tonnerre; la distance de l'éclair devait être alors d'au moins 35 kilom.

Le bruit de l'éclair consistait ordinairement en une sorte de crépitation, composée d'une succession très rapide de coups secs, d'intensité très variable. La durée totale de la crépitation ne dépassait pas une demi-seconde, comprenant en moyenne six à huit coups successifs; le bruit était comparable à celui d'une allumette suédoise, frottée sur la boîte. Quelquefois, mais très rarement, on n'entendait qu'un seul coup sec; une ou deux fois, des coups très intenses, comparables aux décharges d'une forte bouteille de Leyde.

Dans un mémoire lu à l'Académie, dans la séance du 21 août 1826, et publié dans le tome XXXII des *Annales de chimie et de physiqne*, p. 62 à 75, je disais (p. 74) :

« Pendant un orage qui eut lieu à quelque distance de Paris, mon galvanomètre eut des déviations qui atteignirent jusqu'à 18°, quoique l'on n'aperçût aucun nuage au-dessus de l'Observatoire jusqu'à 30 degrés du zénith. »

Dans le *Traité de physique* de M. Péclet (2e édit., 1832, tome II, p. 224), on trouve une note sur mes expériences, où il est dit :

« Dans les moments d'orage, l'aiguille du galvanomètre est dans un mouvement continuel; chaque éclair est immédiatement suivi, *parfois même précédé*, d'un changement subit dans le sens de la déviation, ou d'un accroissement brusque. Dans quelques cas, la déviation passe instantanément du maximum positif au maximum négatif, ou inversement; ces effets se continuent encore quand les éclairs sont éloignés de deux ou trois lieues, pourvu que l'air soit très humide et le ciel couvert de nuages. »

Je suis heureux de voir que M. R. Thury a confirmé, en quelque sorte, ces anciennes observations, et en a peut-être beaucoup étendu la portée, par son intéressante étude sur les sons que le téléphone fait entendre sous l'action d'éclairs éloignés, action qui paraît due à un courant électrique produit sous l'influence de la décharge. Il me semble probable que ces bruits téléphoniques doivent se faire entendre surtout lorsque l'atmosphère est surchargée d'humidité ; dans ce cas, sa conductibilité électrique devient si grande, pour les hautes tensions, que les grandes variations transmettent leur influence d'une manière invisible et presque instantanée, à quelques lieues de distance.

Les électriciens qui ont étudié les phénomènes atmosphériques savent quelle remarquable

variété d'éclairs on peut observer en temps d'orage; j'en ai cité plusieurs exemples dans un mémoire publié en 1879. Les expériences au moyen du téléphone offrent une méthode très facile, pour étudier les effets d'induction produits par ces éclairs, et mesurer les vitesses de transmission de ces influences jusqu'à de grandes distances. »

M. E.-J. Marey fait hommage à l'Académie d'un volume qu'il vient de publier, sous le titre : *La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies.*

M. Ch. Ravaisson adresse à M. le Président une lettre sur quelques-unes des recherches scientifiques contenues dans les manuscrits de Léonard de Vinci.

« Dans une de ses récentes séances, l'Académie a entendu M. Govi lui signaler des inventions remarquables, relatives à la locomotion aérienne, que contiennent les manuscrits de Léonard de Vinci, et en particulier l'un de ceux, au nombre de douze, que possède la bibliothèque de l'Institut. Ce dernier manuscrit, marqué de la lettre B, est celui d'où Delécluze avait tiré la description et la représentation d'un canon à vapeur.

Dans le même volume, on rencontre la description d'un procédé à employer pour percevoir des sons lointains, procédé offrant de l'analogie avec un de ceux qui ont été imaginés dans ces dernières années pour le même objet et qui ont précédé la découverte du téléphone électrique :

« Si tu arrêtes ton navire, que tu mettes la tête d'une sarbacane (d'un tube) dans l'eau et que tu mettes l'autre extrémité à l'oreille, tu entendras des navires très éloignés de toi. Et tu feras de même en plaçant ladite tête de sarbacane (du tube) en terre et tu entendras ce qui passe loin de toi. »

Ce volume, qui renferme des documents si curieux pour l'histoire des sciences, j'en prépare depuis quelque temps la publication, pour faire suite à celle du manuscrit A que j'ai offert à l'Institut au mois de décembre de l'année 1880. L'Académie apprendra peut-être avec satisfaction que le manuscrit B paraîtra dans peu de mois, dans les mêmes conditions que le manuscrit A (le texte reproduit en fac-simile par la phototypie et accompagné d'une transcription en caractères typographiques et d'une traduction française) ; la publication des autres manuscrits de Léonard que possède l'Institut suivra de près. »

## VARIÉTÉS

### LE CHOLÉRA.

Le choléra marche toujours, et c'est vers l'Europe qu'il s'avance pour le moment.

Nous l'avons vu à Aden, où il fait des ravages considérables. Aujourd'hui il est à la Mecque, où les musulmans implorent le Prophète; le Prophète, en attendant mieux, les gratifie du choléra, et il est fort à craindre que, par la même occasion, il ne le distribue aux quatre coins du monde.

Aden et la Mecque sont les deux points de l'univers les plus propres à propager une épidémie quelconque : les navires de l'Orient, en effet, s'arrêtent presque tous à Aden en allant en Europe; quant aux musulmans de la Mecque, ils ne vont guère en Europe, mais ils vont à peu près partout ailleurs.

Il faut donc veiller avec un soin extrême. D'ailleurs la commission sanitaire internationale a l'œil ouvert, puisque c'est elle qui télégraphie la nouvelle de l'arrivée du terrible visiteur à la Mecque.

Deux autres épidémies font actuellement de cruels ravages. L'une, déjà trop célèbre, règne au Sénégal, c'est la fièvre jaune; mais, si effroyable qu'elle soit pour nos pauvres marins, je n'en parlerai pas ici, car il est prouvé que cette maladie terrible ne se propage pas sous notre climat.

Il en est autrement de la diphthérie.

Nous trouvons dans les journaux une description effrayante des ravages causés depuis dix ans par la diphthérie dans dix gouvernements du midi de la Russie. Jamais aucune épidémie, sans en excepter la peste et le choléra, n'a fait autant de victimes, et elle ne cesse de se répandre. D'après les données statistiques publiées par le gouvernement et le *zemstwo*, la grande épidémie de diphthérie, qui remonte à 1872, a fait en Bessarabie, jusqu'en 1879, 15,000 victimes sur 36,000 cas de contagion. Dans le gouvernement de Poltava, pendant ce même laps de temps, les décès ont été de 19,000 sur 46,000 cas de maladie; dans celui de Kharkoff, sur 29,000 malades, il y a eu 17,000 décès.

Je cite ces chiffres tels que je les trouve; ils ont certainement peu de valeur; il est peu probable qu'ils aient été recueillis sérieusement. Ils tendent à prouver que la diphthérie est

endémique dans le sud de la Russie. On s'accorde à trouver que, depuis quelque temps, cette maladie y est devenue plus fréquente que jamais. Jacques BERTILLON.

## FORMULAIRE

POTION CONTRE LA COQUELUCHE. — OLTRAMARE.

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique cristallisé . . . . . . . . | 1 | gramme. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . | 80 | — |
| Sirop de menthe. . . . . . . . . . . . . | 40 | — |

F. s. a. une potion dont on donne 2 à 4 cuillerées par jour, selon l'âge, aux enfants atteints de coqueluche. — N. G.

## COURRIER

HÔPITAUX DE PARIS. — Les jeudis et les dimanches sont les jours consacrés, dans les hôpitaux, à recevoir les visites des parents ou des amis des malades. Il arrive souvent que, par suite des nécessités du service intérieur, les visiteurs sont obligés d'attendre à la porte. C'est là une situation toujours ennuyeuse pour ces pauvres gens, dans l'hiver surtout ou pendant la pluie.

L'administration de l'Assistance publique vient de décider qu'une salle d'attente, celle de consultation, par exemple, serait mise à la disposition des visiteurs quand les exigences du service de l'hôpital ne leur permettraient pas d'entrer dès leur arrivée dans les salles où se trouvent les malades. On évitera ainsi les attroupements aux portes des hôpitaux et les ennuis qui en sont la suite. La salle d'attente sera, bien entendu, chauffée pendant l'hiver.

NÉCROLOGIE. — La ville de Strasbourg vient de perdre une de ses illustrations. Le docteur Schützenberger est mort le 22 septembre 1881, des suites d'une fluxion de poitrine, à l'âge de 72 ans. Nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg en 1834, il était passé titulaire de la chaire de clinique interne en 1845, à peine âgé de 36 ans. Après les événements de 1870, le professeur Schützenberger avait installé et dirigé l'École de médecine destinée à servir de transition entre la Faculté française et la nouvelle école allemande.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Amphithéâtre d'anatomie*, année 1881-82. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 17 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique* : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ;

2° *Anatomie descriptive* : M. le docteur Quénu, prosecteur, les mercredis et samedis ;

3° *Physiologie* : M. le docteur Le Bec, prosecteur, les mardis et jeudis ;

4° *Histologie* : M. le docteur Mayor, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— M. le docteur Mallez recommencera ses conférences cliniques sur les affections des voies urinaires, lundi 3 octobre, à 1 heure 1/2, à la clinique de la rue Christine, 3.

CONCOURS. — La Société de médecine d'Anvers met au concours les questions suivantes : 1° pathologie générale : faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent dans la pathologie, tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur des démonstrations et des expériences ; 2° pathologie spéciale : faire l'histoire de la goutte.

La clôture du concours aura lieu le mercredi 30 novembre 1881, époque à laquelle les mémoires devront avoir été envoyés, sous les formes académiques ordinaires, à M. le docteur de Ranterre, secrétaire de la Société, à Anvers, 12, rue Saint-Paul.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# GYNÉCOLOGIE

## DE LA GROSSESSE CERVICALE;

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 avril 1881,

Par le docteur MARCHAL.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

Au point de vue clinique, ces observations sont la confirmation de ce que nous savons déjà; vers le troisième mois d'une grossesse difficile, signalée par des hémorrhagies graves et des vomissements qui ont une tendance à devenir incoercibles, les patientes sont obligées de demander les secours de l'art; on trouve un col volumineux qui contient le produit de la conception, et en présence de la gravité des symptômes, on est obligé de provoquer l'avortement ou de terminer un avortement déjà effectué en partie.

Il en est tout autrement de l'anatomie pathologique et de la genèse. Le pédicule que nous avons vu jouer un si grand rôle dans tous les faits antérieurs, est réduit à un mince cordon dans la première observation; dans les autres, il n'y en a plus trace et l'*orifice interne est fermé*. Dans tous ces cas, on note des *attaches placentaires complètes* dans le col. En un mot, les trois dernières de ces observations nous sont présentées comme des faits de grossesse primitive du col.

La première forme de grossesse du col que nous avons étudiée n'est pas contestable. La deuxième se présente pour la première fois étayée sur des faits; nous n'avons pas pensé qu'elle pût être passée sous silence. Il nous reste à attendre les observations ultérieures pour corroborer ou infirmer, tout au moins pour compléter celles que nous venons de relater sur les points laissés dans l'ombre par le professeur Pajusco.

Mais, entre ces deux extrêmes, la grossesse cervicale primitive et la grossesse cervicale secondaire, il y a place pour bien des hypothèses intermédiaires. Il n'est pas sans intérêt de les examiner et de rechercher si elles ne sont représentées par aucune donnée utile dans le domaine des faits.

Nous avons vu qu'habituellement le tissu du col ne se prêtant pas à une dilatation indéfinie, l'état de gestation, ou tout au moins la vie du produit de la conception, finit au moment où la limite de cette dilatation est atteinte, et qu'un des caractères les plus constants de la grossesse ectopique dont nous nous occupons, est de se terminer au troisième mois.

Peut-il arriver cependant que, par suite de circonstances particulières, la grossesse se continue pendant un temps plus long, et que le fœtus atteigne dans le col même des dimensions bien plus considérables que nous ne l'avons vu jusqu'ici? La réponse à cette question nous est fournie par une observation due également à Rokitansky, relatée par Klob, et que nous n'avons pas voulu joindre aux précédentes, parce qu'en dehors de la question de durée de la grossesse cervicale elle offre moins d'intérêt pour l'histoire de cette affection.

Voici le résumé du fait observé par Rokitansky. Il s'agit d'une femme de 22 ans. Après la sortie d'un placenta sphacélé, on fit l'extraction d'un fœtus long de sept pouces, puis la femme mourut.

On trouva l'utérus long de deux pouces seulement avec une cavité pouvant loger un petit œuf de poule et offrant en avant une surface placentaire. L'orifice interne était grand comme un pois, l'externe représentait une fente large de un pouce. La paroi postérieure du col et les deux lèvres du museau de tanche n'offraient rien de particulier, mais, en avant, au lieu de la paroi antérieure, on trouvait une cavité grande comme une tête d'enfant, à parois sphacélées se continuant latéralement avec la paroi postérieure du col et en bas avec les lèvres du museau de tanche. Cette cavité était formée par la distension de la paroi du col très amincie; elle contenait un liquide sphacélo-hémorrhagique d'odeur fétide.

Voici donc un cas authentique dans lequel la grossesse du col a atteint un âge inusité, et nous ne sommes déjà plus en présence d'un état pathologique qui n'est qu'une phase un peu prolongée de l'avortement.

Allons plus loin et, puisant dans le domaine des faits, si pauvre cependant, voyons si nous ne trouverons pas occasion de constater une circonstance par laquelle l'évolution de l'œuf dans le col se rapprocherait davantage de ce qui se passe dans la grossesse normale. Est-il possible d'établir que l'œuf a pu prendre des attaches dans le col, s'y implanter réellement au moyen d'un placenta, tout en conservant son cordon secondaire indiquant qu'il provient de la cavité utérine?

La première des observations publiées par le professeur Pajusco, et que nous avons donnée plus haut, réalise de la façon la plus complète cette forme de grossesse du col; nous ne sommes donc pas en présence d'une hypothèse dénuée de toute base, mais il importerait de voir les témoignages se multiplier. Nous ne trouvons pas dans la science d'autre fait analogue bien établi. Une observation de Sackreuter et Mettenheimer, cependant, nous fournit quelques données affirmatives qu'il convient d'enregistrer.

La relation de ce cas ne démontre en aucune façon qu'il y ait eu séjour de l'œuf dans le col; de même que, dans quelques autres cas cités par ces auteurs, ils n'ont eu affaire qu'à un œuf recueilli après avortement, et âgé de trois mois environ. Le produit expulsé se composait d'une sorte de sac membraneux paraissant le calque de la cavité utérine, et dont la paroi s'invaginait en un point, se continuant dans l'intérieur du sac en un pédicule tubulé, creux, au bout duquel était appendu un œuf. Tout en étant rattaché au sac, comme nous venons de le dire, l'œuf en sortait cependant complètement par une déchirure. (Fig. 2.)

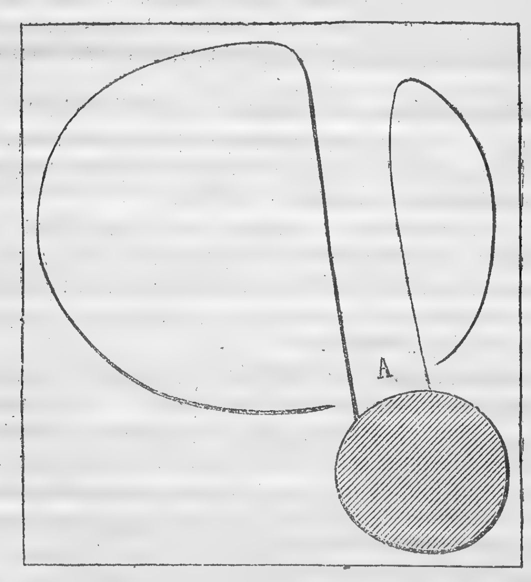



Figure 2.

Ce sac représentait donc une sorte de caduque vraie, éliminée de la paroi utérine d'une manière qui rappelle ce qui se passe dans la dysménorrhée membraneuse; le pédicule nous offre une apparence analogue à celle du cordon secondaire des grossesses du col; enfin, l'œuf, qu'il ait été dans le col ou non, — et la première hypothèse est assez probable, — se trouvait tout au moins éloigné de ses attaches primitives.

L'examen détaillé du pédicule et de la surface ovulaire offre plus d'intérêt. Le point d'attache de l'œuf au pédicule présentait une surface de 1 demi-centimètre de diamètre environ. Le pédicule creux ayant été ouvert, cette surface offrit un aspect rugueux (fig. 2 A); on vit là comme une sorte de rudiment de la séro-

tine. Mais, sur ce point, où se forment normalement la plupart des villosités choriales, il n'y en avait aucune; au contraire, ces villosités s'étaient formées en nombre et en volume anormal sur d'autres points de l'œuf, d'où elles disparaissent habituellement tôt.

Est-il possible d'expliquer ce fait autrement que par la tendance de l'œuf à se créer de nouvelles attaches lorsqu'il devient impossible que la nutrition s'effectue par le point d'attache primitif?

La faculté de l'œuf de se créer un placenta secondaire en quelque sorte, semble démontrée par cette observation, et dès lors il n'y aurait pas lieu de rejeter bien loin la possibilité d'attaches placentaires cervicales dans certains cas de grossesse du col avec cordon secondaire devenu peu à peu insuffisant pour nourrir l'œuf.

Si nous franchissons un pas de plus, nous ne trouvons plus d'autre base réelle pour nos hypothèses que les trois dernières observations du professeur Pajusco.

En prenant comme point de départ la possibilité d'attaches placentaires formées après insuffisance du cordon secondaire, rien n'empêche d'admettre également que ce cordon puisse lui-même disparaître ensuite par atrophie résultant des tiraillements que l'œuf exerce sur lui. Nous aurons ainsi, pour les faits du professeur Pajusco, une interprétation fort différente de la grossesse primitive du col. Ce n'est là sans doute qu'une vue de l'esprit, mais encore faudrait-il que cette explication ne fût pas admissible pour que les faits du professeur Pajusco eussent une valeur concluante au point de vue de la grossesse cervicale primitive.

Nous ne voudrions pas terminer ce mémoire sans dire quelques mots du traitement de la grossesse cervicale telle qu'elle se présente à nous cliniquement. Il est bien évident que l'œuf n'a dans le col aucune chance d'arriver à maturité. On n'imagine pas, en effet, la cavité du col pouvant se laisser distendre au point de le contenir dans le cas où sa nutrition pourrait s'effectuer d'une manière suffisante.

D'autre part, tout le monde est d'accord pour reconnaître que la grossesse cervicale est accompagnée d'accidents très graves, qu'elle provoque notamment des hémorrhagies répétées. Enfin, nous la voyons, vers le troisième mois, aboutir à des efforts d'avortement qui, si l'art n'intervient, peuvent avoir de funestes conséquences pour la malade.

Cet état de choses impose une thérapeutique que les cliniciens, Pajusco aussi bien que Schulein, sont d'accord pour recommander et qu'on peut résumer dans ce précepte :

Pratiquer l'avortement médical au moyen de la rupture des membranes; après avoir obtenu ainsi des contractions, introduire pour extraire l'œuf, l'index dont on se servira comme d'un crochet, et si l'orifice externe offre de la résistance, pratiquer des incisions latérales.

Les hémorrhagies graves, les vomissements incoercibles et des signes de décomposition seront des indications particulièrement urgentes pour l'extraction de l'œuf ou de ses débris.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

Du traitement du strabisme avec le tableau du résultat de 26 opérations et les photographies prises avant et après l'opération, par le docteur E. Motais. — Paris, 1881. J.-B. Baillière.

La strabotomie est une des opérations dont le manuel opératoire est le mieux réglé et dont le succès est le plus souvent favorable. Cependant elle rencontre en France, maintenant encore, de nombreuses préventions, même parmi les médecins. Le mémoire de l'auteur et les heureux résultats de sa pratique personnelle, contribueront certainement à détruire ce préjugé. Dans les 26 opérations qui font l'objet de cet ouvrage, on compte 22 succès complets et 3 demi-succès. Donc cette opération est inoffensive, et, de plus, pratiquée à temps, elle augmente l'acuité visuelle et préserve l'œil d'une amaurose certaine. Dans les opérations du docteur Motais, les complications, même les productions polypiformes dont on a signalé le développement sur la cicatrice conjonctivale, ont fait défaut. Ce mémoire sera donc utile à consulter,

autant pour les chirurgiens qui y trouveront des détails opératoires et cliniques, que pour les médecins qui hésitent souvent dans leur clientèle à conseiller cette utile opération. Les photographies fort bien faites et les figures qui accompagnent le texte, facilitent beaucoup la lecture et l'intelligence des descriptions. — Ch. E.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA NÉVRALGIE ILÉO-LOMBAIRE, SYMPTOMATIQUE DES AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME, par le docteur LE BAILLY. — 1881, Paris. A. Delahaye et Lecrosnier.

La névralgie iléo-lombaire est fréquente dans les affections des organes génito-urinaires chez la femme, de là l'importance, dans les cas de douleurs lombaires ou iliaques, de chercher les points névralgiques, et d'explorer la vulve, le vagin et l'utérus. On découvrira souvent ainsi, soit une inflammation actuelle des organes génitaux, soit les traces d'une ancienne pelvi-péritonite.

Dans les deux tiers des cas, les symptômes névralgiques s'accompagnent localement d'une hypersécrétion vulvo-vaginale et utérine, et se rencontrent dans le nervosisme, l'hystérie, le lymphatisme et la syphilis. Les indications thérapeutiques générales ont donc une importance considérable dans la médication, et le succès sera d'autant plus assuré qu'on les associera au traitement local de la douleur et des symptômes génito-urinaires. — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 mai 1881. — Présidence de M. CHARRIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remerciements de M. Gaston GRAUX, ancien interne des hôpitaux, nommé récemment membre titulaire.

Une lettre par laquelle M. BOUCHERON s'excuse de ne pouvoir venir compléter la lecture d'un mémoire commencée dans la dernière séance.

Une lettre du docteur BUDIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui demande à lire un mémoire à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Une circulaire du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts invitant le président de la Société de médecine de Paris à lui faire connaître le nom du délégué désigné pour représenter la Société au Congrès international d'électricité, dont l'ouverture est fixée au 15 septembre prochain.

M. Onimus est élu par acclamation.

M. le secrétaire général en avisera le ministre.

M. le président CHARRIER donne lecture d'une lettre, dans laquelle M. G. Masson, libraire-éditeur de l'Académie de médecine, remercie chaleureusement la Société de médecine de Paris de l'avoir, par une faveur exceptionnelle, nommé membre honoraire.

—

La correspondance imprimée comprend : Les journaux périodiques de la quinzaine.

Un mémoire de M. GILLEBERT DHERCOURT père, intitulé : *Usage et abus des douches chaudes ou froides dans les stations thermales.*

La *Revue médicale de Toulouse*, quatrième année (n° 4, 1881).

Une thèse du docteur Alfred MARCHAL, intitulée : *Considérations sur la dilatation de l'estomac.*

La *Revue des travaux scientifiques* (avril 1881).

Un mémoire de M. le docteur VAN DEN BOSCH (de Liège), intitulé : *Kystes multiloculaires de l'ovaire droit; Ovariotomie; Guérison.*

Le Rapport général sur les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, depuis 1872 jusqu'à 1877, par M. BEZANÇON, chef de bureau à la préfecture de police, membre et secrétaire du Conseil.

M. PERRIN est désigné pour faire un rapport sur cet important travail.

M. THORENS dépose sur le bureau un mémoire intitulé : *Du genu valgum et de son traitement chirurgical.*

—

M. Thevenot lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Duroziez et de Beauvais, son rapport sur le travail présenté par le docteur Marchal, à l'appui de sa candidature à la place de membre titulaire, ayant pour titre : *De la grossesse cervicale.*

Lorsque les faits qu'on nous expose nous paraissent exceptionnels, qu'ils sont en désaccord avec les lois connues, il nous est difficile de ne pas éprouver un premier mouvement d'incrédulité, car nous comprenons difficilement comment tant d'observateurs distingués ont pu passer à côté de tels phénomènes sans les voir et sans les signaler. Après réflexion, nous reconnaissons vite qu'il en a été ainsi à chaque progrès, à chaque découverte scientifique. Et alors nous nous trouvons partagés entre deux sentiments : le désir légitime d'accepter une découverte et d'étendre le champ de nos connaissances, et la crainte très naturelle de nous enthousiasmer pour quelque erreur. Rarement cette lutte entre ces deux tendances n'a eu plus de raison d'être que dans cette question de la *grossesse cervicale* que M. Marchal est venu vous exposer dans son consciencieux mémoire.

Il serait également prématuré d'accepter aveuglément tous les faits publiés ou de les rejeter de parti pris. Il semble même qu'un examen attentif ne pourra que difficilement nous faire éviter ces deux écueils, et qu'il sera nécessaire d'attendre que la clinique et l'anatomie pathologique viennent confirmer ou infirmer les opinions et les faits de MM. Keppler et Pajusco.

En 1860, Rokitansky constate, en faisant l'autopsie de deux jeunes femmes, mortes, l'une de péritonite, l'autre de fièvre typhoïde, que la cavité du col utérin est distendue par un œuf âgé d'un mois et demi environ, que cet œuf est relié à la muqueuse de la cavité du corps par un pédicule dont la largeur était de 1 centimètre dans un cas, de 3 dans l'autre. Ce pédicule de 1 centimètre de diamètre était constitué par un paquet de glandes de la muqueuse enveloppé d'un repli de la caduque. Ce pédicule était la caduque utéro-placentaire qui, au lieu de se rompre sous les contractions de l'utérus chassant l'œuf dans le col, s'était allongée, étirée, et reliait maintenant l'œuf à la muqueuse utérine à la manière du pédicule d'un polype.

Rokitansky a démontré par ces faits que, dans l'avortement au second mois, l'œuf ayant passé tout entier dans la cavité cervicale, peut conserver ses attaches primitives par un mode particulier d'allongement de la sérotine. Le fait, qui n'est pas sans intérêt en clinique, se produit surtout chez les nullipares dont l'orifice cervical externe est très étroit, et cette sténose est une explication peut-être suffisante du temps d'arrêt de l'avortement, qui peut être assez long. Il s'agit là d'un avortement d'un mode particulier qu'il importe de connaître, car ce temps d'arrêt, qui peut être fort long, s'accompagne d'accidents graves, de vomissements pathologiques, d'hémorrhagies inquiétantes, et peut exiger l'intervention.

C'est là ce que Rokitansky a appelé *grossesse cervicale secondaire.* L'expression ne peut se justifier que s'il est démontré que l'œuf continue à croître et à augmenter de volume dans la cavité cervicale, et comme Rokitansky ne connaissait pas l'histoire clinique des deux femmes dont il a fait l'autopsie, on avouera que cette dénomination était au moins prématurée.

Mais ces avortements ne semblent pas très rares, et dans la discussion qui s'éleva en 1878, à la Société gynécologique de Berlin, plusieurs observateurs vinrent signaler des faits cliniques identiques. Obligés d'intervenir, ils avaient trouvé, au delà de l'œuf distendant la cavité cervicale, l'orifice interne assez dilaté pour laisser passer le doigt, et, traversant cet orifice, un pédicule qui reliait l'œuf à la muqueuse utérine, d'où il put être détaché. Un seul de ces faits dû à Schülein est favorable à l'hypothèse de Rokitansky. Il s'agit d'un avortement dans lequel le col utérin, distendu par un œuf, et examiné une première fois par plusieurs médecins, fut trouvé par eux, quinze jours après, notablement augmenté de volume.

En admettant que ces médecins aient pu facilement apprécier l'augmentation de volume du col, est-il pour cela démontré que c'est l'œuf qui a augmenté de volume? Ne peut-on pas admettre qu'il s'était formé un caillot volumineux entre l'œuf et les parois cervicales, ou que l'œuf n'avait pénétré qu'en partie lors du premier examen et en totalité lors du second? Ce n'est pas que l'accroissement de volume de l'œuf par une caduque utéro-placentaire, étirée et allongée en pédicule, ne puisse être admise; mais, nous en tenant rigoureusement aux faits, nous croyons que l'hypothèse de Rokitansky et de Schülein n'est pas suffisamment démontrée. Ce que la discussion de Berlin a mis en lumière, c'est que ce mode d'avortement ne paraît pas rare chez les nullipares, dont l'utérus est peu développé, pubescent, qui présente quelque flexion et un orifice cervical externe très étroit, et que, dans ces circonstances, l'œuf étant rattaché à l'utérus, donne lieu à des accidents hémorrhagiques assez graves pour nécessiter l'intervention et, autant que possible, l'ablation du pédicule. Quant au terme *grossesse cervicale secondaire,* il ne nous semble pas suffisamment justifié, et il serait prématuré de lui donner dès maintenant droit de cité.

Tel était l'état de la question, lorsqu'en 1880, un mémoire (1) du docteur Pajusco, professeur d'obstétrique à Catane, vint nous révéler des faits d'une toute autre nature.

Dans trois des observations publiées dans ce mémoire, l'œuf se serait greffé primitivement dans le col de l'utérus, donnant lieu ainsi à une grossesse ectopique comparable aux grossesses ectopiques tubaire et péritonéale.

Cette grossesse ectopique devrait prendre le nom de *grossesse cervicale primitive*, ou simplement de *grossesse cervicale*.

La question de savoir si l'œuf fécondé se greffe parfois sur la muqueuse du col, et se développe temporairement dans la cavité cervicale, est donc nettement résolue par l'affirmative dans ce mémoire.

Cette greffe de l'œuf dans le col est parfaitement admissible, s'il est démontré, comme nous le croyons, que les villosités choriales peuvent s'implanter sur la muqueuse cervicale.

La Chapelle est sur ce point des plus affirmative, et la description suivante ne peut donner prise à aucun doute (2) :

« La face utérine de ces placentas (*placenta prævia*) offre effectivement une saillie qui remplissait l'entonnoir représenté par le col utérin et son voisinage. L'examen des cadavres a fourni également, après quelques cas funestes, des éclaircissements qui rendent le fait irrécusable. Vingt fois nous avons vu l'orifice interne de l'utérus, c'est-à-dire le point qui sépare le col et le corps de ce viscère, ecchymosé dans tout son pourtour; nous y avons trouvé les sinus veineux excessivement nombreux et d'un calibre considérable; nous y avons découvert des orifices larges et béants en grande quantité lorsque la mort était survenue peu de temps après l'accouchement, et des crêtes ou des fongosités, lorsque la malade avait survécu plus longtemps à cette opération soit naturelle, soit artificielle. »

Et à la page 437, obs. n° XII : *Dans le col de l'utérus* se voyaient les traces de *l'insertion du placenta prolongées en arrière* et caractérisées par l'ecchymose des surfaces et le développement des tissus utérins.

Il semble difficile de rejeter la possibilité de l'insertion intra-cervicale après une description aussi précise, faite par un observateur de cette valeur. Mais nous avons des faits récents plus probants encore, et l'observation suivante, due à M. Pinard, professeur agrégé, et qui a été prise à la Maternité dans le service de M. Tarnier, est tellement nette qu'elle semble faite pour le besoin de la cause. Nous témoignons toute notre gratitude à M. Pinard, en regrettant de ne pouvoir donner que le résultat de l'autopsie :

Ectopie placentaire. Variété intra-cervicale. Avortement à cinq mois environ. Mort. Autopsie.

L'autopsie fut incomplète, mais je pus examiner l'utérus.

Ayant pratiqué sur cet organe une section médiane antéro-postérieure, il fut facile de voir que l'insertion placentaire avait eu lieu sur le segment inférieur et à droite. Elle n'était pas centre par centre, mais différait de l'insertion marginale ordinaire en ce que le relief du disque placentaire s'étendait dans la cavité cervicale.

On retrouvait des sinus remplis de sang coagulé et des débris de vaisseaux jusqu'à deux centimètres de l'orifice externe à droite.

J'ajouterai, dit en note M. Pinard, que M. Tarnier m'a affirmé avoir vu plusieurs cas semblables.

L'implantation des villosités choriales et des cotylédons placentaires dans le col est donc un fait démontré. On peut même croire que cette implantation intra-cervicale n'est pas rare dans les cas de placenta prævia, si l'on se souvient que le col augmente de longueur pendant les six ou sept premiers mois, puis diminue pendant les dix dernières semaines, et contribue à l'ampliation de l'utérus en formant le canal de Braun. Il en résulte que ces implantations intra-cervicales sont plus fréquentes et se font plus profondément qu'on ne pourrait le croire dans les examens qu'une issue funeste a permis de faire à la fin de la grossesse, puisque le tiers supérieur du col concourt à l'ampliation de la cavité utérine. Il résulte de cette opinion de Braun et de Martin, qui semble partagée par MM. Tarnier et Chantreuil et se rapproche beaucoup de l'opinion ancienne de Levret, que le col ne peut plus être considéré seulement comme un long sphincter indépendant du corps, et qu'il peut bien participer de quelques propriétés de ce dernier. Il en résulte aussi que nous ne sommes pas éloignés de revenir à la théorie de Levret et des accoucheurs du dernier siècle pour expliquer les hémorrhagies inévitables du placenta prævia.

Et puisque nous cherchons des analogies, faisons encore remarquer que les éléments épithéliaux qui revêtent les saillies de l'arbre de vie sont identiques à l'épithélium de la muqueuse utérine et de la muqueuse tubaire, et se rapprochent beaucoup de l'épithélium qui

(1) *Della gravidanza cervicale*, Roma, 1880.

(2) La Chapelle. *Pratique des accouch.*, t. II, 6e mémoire, p. 350.

revêt la surface péritonéale de l'ovaire pendant la vie sexuelle, cette surface ne pouvant plus être considérée que comme une muqueuse, c'est-à-dire que les replis de l'arbre de vie présentent le même terrain, le même sol sur lequel se greffe l'œuf, soit dans la grossesse physiologique, soit dans la plupart des grossesses ectopiques.

Nous appuyant sur ces faits et tenant compte de ces analogies, nous n'avons nulle répugnance et nulle difficulté à admettre la possibilité de l'insertion de l'œuf dans la cavité cervicale. Remarquons d'ailleurs que la grossesse cervicale n'est pas une question tout à fait neuve et que cette grossesse a été admise par plusieurs accoucheurs.

Hubert (de Louvain) ne la met pas en doute et il range dans le cinquième groupe des grossesses ectopiques *les grossesses cervicale et vaginale.*

Il cite deux faits à l'appui, l'un dû à Chavane où l'œuf développé dans la cavité du col a été expulsé à deux mois. La seule indication bibliographique qu'il ait été possible de trouver n'est pas au nom de *Chavane* mais de *Chavasse* (*American med. Journ.*, 152, année 1855), mais cette publication ne se trouve pas à la bibliothèque de l'École de médecine.

Quant au fait de grossesse vaginale, il est dû à Noël, et l'observation se trouve dans le *Journal de médecine et de chirurgie*, Paris 1779, t. LI, et reproduit dans la thèse de Nordsick : *Nonnulla de gravitate extra uterina*, etc., Berlin, 1835.

Noël rapporte qu'une femme ayant mis au monde un fœtus mort à terme, mourut des suites de couches, et qu'il trouva, à l'autopsie, un utérus énorme, squirrheux, complétement oblitéré. Le fœtus s'était développé dans le cul-de-sac utéro-vaginal. La paroi supérieure du vagin avait la forme d'un sac à surfaces épaisses et variqueuses.

Ce fait manque tellement de détails précis qu'il échappe à la critique, et le même reproche pourrait être adressé aux rares faits de cet ordre qui ont été publiés dans les siècles passés.

Barnes (1) admet sans difficulté la grossesse cervicale. *Les cas de placenta prævia,* dit Barnes, *prouvent que l'œuf peut voyager dans l'utérus puisqu'il vient se greffer dans la zone cervicale et même dans la cavité du col dans le cas de gestation cervicale.* Mais il ne cite aucune observation à l'appui.

M. Marchal a rapporté dans son mémoire un cas de Rokitansky, et qui est très probant. L'œuf développé dans le col contenait un fœtus long de 18 centimètres.

Rokitansky trouva la paroi antérieure du col développée en une cavité grande comme une tête d'enfant, l'orifice interne du diamètre d'un pois et la cavité utérine pouvant à peine loger un petit œuf de poule.

La grossesse cervicale est non seulement admissible, elle est démontrée. Mais elle doit être rare, car depuis plus de vingt ans que l'attention est attirée sur cette question, on n'a pas publié un seul fait clinique. Depuis 1860, depuis les faits anatomo-pathologiques de Rokitansky, pas un fait clinique de *grossesse cervicale primitive* n'est publié.

Dans la discussion qui s'élève au sein de la Société gynécologique de Berlin en 1878, Schülein ne s'arrête même pas à l'hypothèse du développement primitif de l'œuf dans le col. Puis voilà que deux observateurs publient quatre faits recueillis dans l'espace de quelques mois. Nous ne pouvons mettre en doute la parfaite honorabilité de ces deux médecins. Mais ces faits si rares avant eux se multiplient sous leurs yeux avec une telle fréquence que nous sommes un peu en droit de nous demander s'il n'y a pas de leur part quelque erreur d'interprétation.

Cependant il faut reconnaître que les trois dernières observations du mémoire du docteur Pajusco ne sont pas en contradiction avec les lois et les faits connus, et on pourrait à la rigueur invoquer une de ces séries inexplicables mais qui ne sont pas niables et qui ne sont pas très rares. Il y a malheureusement quelque chose de plus extraordinaire que ces faits, très rares auparavant et se multipliant comme à plaisir sous les yeux de ces deux observateurs, c'est la première observation du mémoire de M. Pajusco. Il y a là des circonstances qui viennent modifier profondément et bouleverser, on peut dire, toutes nos connaissances en ovologie.

Il s'agit d'un œuf de trois mois et demi qui, chassé en entier dans le col et gardant ses attaches utérines par la caduque utéro-placentaire allongée en pédicule, se greffe de nouveau sur la muqueuse cervicale. Grâce sans doute à une vitalité extraordinaire, cet œuf se crée, au moment où sa nutrition devient insuffisante, un nouvau placenta, un placenta de supplément.

Par quel mécanisme ? C'est là ce qu'il aurait fallu dire.

Nous comprenons à la rigueur qu'un œuf très jeune, complètement expulsé de la trompe par exemple, puisse encore se fixer sur le péritoine et s'y greffe ; ce n'est pas démontré, mais c'est admissible.

Nous comprenons aussi que l'œuf s'étant greffé sur un terrain qui ne lui convient pas,

(1) *Cours d'accouch.*, 1878, p. 147.

comme les cavités péritonéale, tubaire ou cervicale, ou le segment inférieur de l'utérus, les villosités choriales subissent d'importantes modifications, que grêles et peu développées, elles occupent les quatre cinquièmes de la surface choriale. Plutôt que de périr, l'œuf se plie à certaines circonstances, et, par un phénomène d'adaptation, le placenta gagne en surface ce qu'il perd en profondeur. Nous comprendrions encore, quoique nous n'en ayons pas de preuve, qu'exceptionnellement, la caduque utéro-placentaire venant à être en partie détruite, d'autres villosités qui allaient s'atrophier, se développent temporairement pour venir en aide à une nutrition insuffisante. Mais, ici, il s'agit d'un tout autre phénomène, MM. Keppler et Pajusco admettent qu'un œuf, pénétrant dans la cavité cervicale, revêtu de la caduque ovulaire, s'y crée un nouveau placenta.

Les villosités choriales en voie d'atrophie ou déjà atrophiées ont-elles donc donné des ramifications assez puissantes pour perforer la caduque ovulaire? ou bien est-ce coiffées de cette caduque qu'elles sont allées s'implanter sur la muqueuse cervicale? ou bien encore cette caduque avait-elle souffert quelque déchirure, alors que l'œuf franchissait l'orifice interne? MM. Keppler et Pajusco auraient dû nous le dire. Ils paraissent trouver cela tout naturel. Nous sommes plus exigeants, et tant qu'on ne nous aura pas donné une explication acceptable et de nouveaux faits très circonstanciés, nous continuerons à rester incrédules.

Quand on publie des faits si extraordinaires, si contraires à ce que nous savons et admettons tous, on montre les circonstances qui peuvent les favoriser, on va au devant des objections, on se sert de tous les moyens qui peuvent dissiper les doutes. Or, il semble que M. Keppler ait suivi une voie inverse. Il s'agit d'une grossesse de quinze semaines; un œuf humain de douze semaines est gros comme un œuf de dinde, et M. Keppler nous dit que le col distendu par cet œuf de quinze semaines est gros comme une pomme d'api ou comme une mandarine. Voilà donc un corps du volume d'un œuf de dinde qui serait contenu dans un sphéroïde du volume d'une mandarine. N'est-ce pas fait pour nous mettre en défiance?

En lisant l'observation, on se dit, malgré cette défiance, que la pièce anatomique, ce placenta unique, ce placenta à deux étages, que cette pièce a dû être dessinée, photographiée même, afin que nul ne puisse en contester l'authenticité. Eh bien! pas du tout, on en a pris si peu de soin qu'elle a été jetée aux ordures. MM. Keppler et Pajusco peuvent-ils donc s'étonner que nous montrions quelque méfiance et que nous demandious quelque répit avant d'accepter leurs placentas à étages superposés?

Quoi qu'il en soit, la question de la grossesse cervicale est désormais posée. Si MM. Keppler et Pajusco ont rendu service en attirant l'attention sur cette question, et si la grossesse cervicale est aussi fréquente qu'ils semblent l'admettre, l'éveil étant donné, un temps relativement court suffira pour nous édifier complètement à cet égard.

CONCLUSIONS :

1° *La grossesse cervicale secondaire* n'est admissible et ne mérite de conserver cette dénomination que s'il est démontré que l'œuf attaché à la muqueuse utérine par la sérotine allongée en pédicule continue à s'accroître dans la cavité cervicale.

2° *La grossesse cervicale primitive* paraît démontrée, mais il est probable qu'elle est d'une extrême rareté.

3° *La grossesse cervicale secondaire*, avec une nouvelle formation placentaire dans la cavité cervicale, telle qu'elle a été décrite par Keppler, paraît inadmissible dans l'état actuel de nos connaissances.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées; on votera dans la prochaine séance.

—

M. Henri Thorens lit une note intitulée : *Cancer du sein récidivé chez l'homme; ablation et guérison.*

Messieurs, dans votre séance du 14 août 1880 (Union Médicale, 1881, n° 7), j'ai eu l'honneur de vous communiquer une observation de cancer du sein chez un homme de 60 ans; après l'opération, la cicatrisation avait été longue à obtenir, et je me demandais si cette lenteur dans le travail de réparation ne devait pas être regardée comme un commencement de récidive. Il en a été effectivement ainsi.

Au mois de janvier 1881, huit mois après la première opération, R... se présentait dans mon cabinet portant deux petites tumeurs indurées : l'une, apparue la première, siège à l'angle interne de la cicatrice; elle est ulcérée à son sommet et recouverte d'une croûte noirâtre; l'autre, dont l'apparition est d'un mois plus récente que la première, se trouve vers le milieu de la cicatrice. L'une et l'autre ont à peu près le volume d'un marron; elles sont dures, irrégulièrement bosselées, adhérentes à la peau, mais mobiles sur les tissus sous-

jacents. Elles sont indépendantes manifestement l'une de l'autre. Les ganglions sont parfaitement indemnes. L'état général est très bon.

Je proposai à R... une nouvelle extirpation, qu'il se décida à accepter, en constatant l'accroissement assez rapide de la tumeur externe.

L'opération fut pratiquée au domicile du malade le 5 avril 1881, avec l'assistance de MM. les docteurs Édouard Michel et A. Weisgerber. Le malade étant chloroformé, toutes les précautions antiseptiques étant prises, j'enlève d'abord la tumeur interne, la contournant par deux incisions semi-elliptiques et ayant soin de me tenir en dehors des limites du tissu morbide. Cette première partie de l'opération s'exécute sans difficulté; l'application des pinces hémostatiques de Kœberlé arrête l'hémorrhagie, qui est peu abondante. La plaie est recouverte d'une éponge imbibée de solution phéniquée, et je procède à l'ablation de la seconde tumeur. Celle-ci s'étend plus profondément que la première; l'aponévrose du grand pectoral lui est adhérente, et je suis obligé de couper dans le tissu musculaire pour être sûr d'avoir dépassé ses limites; elle tend à se prolonger du côté de l'aisselle, mais les ganglions paraissent tout à fait indemnes. L'hémostase est faite sans difficulté; deux petites artérioles nécessitent seules une ligature au catgut.

La plaie lavée à l'eau phéniquée, je procède à la réunion. Pour ce qui est de la plaie interne, il me suffit de trois points de suture métallique entrecoupés pour amener la juxtaposition de ses bords. Quant à la plaie externe, je suis obligé de recourir à la suture métallique profonde (suture en anse), les bords de la plaie étant maintenus en contact par quatre points de suture entrecoupés. Le drainage est établi avec soin, et le tout recouvert d'un pansement de Lister.

Le soir, il n'y a pas de fièvre; temp. 37°5, pouls 80.

Le 7, je change le pansement; la plaie interne est réunie par première intention. Je coupe les points de suture sans enlever les fils. L'état général est excellent; il n'y a pas eu fièvre (la température n'a dépassé jamais 37°6, le pouls 80). L'opéré se lève, je lui conseille de sortir.

Le 9, j'enlève les fils des sutures; mais, le lendemain, je trouve que deux points de la plaie externe ont cédé, il s'est fait un décollement que j'attribue au trop grand rapprochement des drains. Malgré cet accident, la cicatrisation se fait régulièrement, et elle est complète trois semaines après l'opération.

La tumeur présentait à l'œil nu les mêmes caractères que celle qui avait été enlevée dans la première opération. M. le docteur Nepveu a bien voulu l'examiner, comme il l'avait fait de la première; c'était encore un épithéliome, mais dont la disposition glandulaire était moins nette, appartenant par conséquent à une variété dont le pronostic est plus grave, au point de vue d'une généralisation future.

La malignité de la tumeur a donc augmenté par le fait de la récidive; mais l'absence bien constatée de tout engorgement ganglionnaire me paraît justifier une opération qui pourra éviter ou tout au moins retardera une généralisation ultérieure.

### DISCUSSION

M. Polaillon ; L'observation que vient de lire M. Thorens est intéressante à cause de la rareté du cancer de la mamelle chez l'homme, cancer qui paraît d'ailleurs avoir la même marche que le cancer du sein chez la femme. Je ne crois pas possible d'attribuer la non cicatrisation d'une partie de la plaie à l'emploi du pansement antiseptique, le pansement antiseptique ne peut avoir cette influence que si la solution phéniquée est trop forte. Il vaut toujours mieux chercher la réunion par première intention. Autrefois on laissait la plaie exposée à l'air, et il s'écoulait trois et quatre mois avant que le bourgeonnement n'eût comblé la brèche; aujourd'hui, avec la suture et la réunion par première intention, les mêmes plaies guérissent en trois semaines.

On peut même enlever les ganglions dégénérés de l'aisselle, nettoyer le creux axillaire; si l'on a soin de placer un drain, de faire une suture profonde, cela n'ajoute rien à la gravité de l'opération.

M. Forget : En réponse à l'argumentation de M. Polaillon, je dirai tout d'abord qu'il n'est pas exact de croire que la réunion immédiate des plaies consécutives aux opérations de cancers, et particulièrement de celles de l'amputation de la mamelle, n'a été pratiquée que dans ces derniers temps, et qu'il était de principe, pour les chirurgiens nos maîtres, de faire suppurer ces plaies. Que certains d'entre eux aient agi de la sorte, cela est possible, quant à moi je me suis conformé à la pratique opposée, qui était celle de Lisfranc et de Récamier; ce dernier attachait une importance telle à la réunion primitive qu'il la tentait même dans des circonstances où elle semblait contre-indiquée par l'étendue de la solution de continuité et par la perte de substance considerable nécessitée par l'acte opératoire. C'est ainsi que, sous sa

direction, je pratiquai en 1838 l'amputation du sein sur une religieuse de l'un des couvents de Paris; bien que la plaie fût énorme, Récamier essaya de la fermer en totalité par un procédé de réunion qui consistait à disséquer le tégument externe dans tout le périmètre de la plaie, du côté de l'aisselle et du sternum; puis de passer, près de la base de ces vastes lambeaux formés par la peau et le tissu conjonctif, un double fil ciré et rubané dont les chefs, ramenés à la rencontre les uns des autres, s'entrecroisaient en exerçant une traction en sens contraire, traction énergique qui rapprochait à un contact presque complet les deux lambeaux. Récamier avait donné à ce mode de pansement le nom de réunion par froncement ou en bourses. En le rappelant dans cette discussion, je n'ai pas voulu l'approuver, mais démontrer que nos maitres, contrairement à l'assertion de M. Polaillon, avaient pour règle de fermer le plus promptement possible la plaie dont il s'agit. Le procédé de Récamier était l'exagération du principe, aussi a-t-il été dans le cas que j'ai cité suivi de gangrène des lambeaux.

Je rappellerai encore les observations de Martinet (de la Creuse) et de bien d'autres qui agissaient comme lui, en vue de prévenir la récidive sur place du cancer opéré, au moyen de lambeaux autoplastiques.

2° *Récidive.* — Je prierai en outre M. Polaillon de nous dire, s'il a pu revoir ses opérées et notamment celle chez laquelle il a dû vider l'aisselle remplie de ganglions malades, et si la récidive ne s'est pas produite. Notre collègue pense-t-il que le pansement phéniqué ait quelque influence pour s'y opposer?

*Similitude du cancer du sein chez l'homme et chez la femme.* — On vient de dire qu'il n'y avait pas de différence dans le cancer mammaire considéré chez l'homme et chez la femme: que cela soit vrai au point de vue anatomo-pathologique, c'est-à-dire des éléments figurés qui constituent le cancer proprement dit, primitivement développés dans les acini de la glande ou dans le tissu conjonctif, j'accorde volontiers que cela soit; mais on conviendra au moins qu'étiologiquement envisagé, le cancer offre une différence marquée dans les deux sexes; très fréquent chez la femme, il est rare, et comparativement presque exceptionnel chez l'homme.

Si on se reporte à l'époque de la vie à laquelle il se manifeste chez la femme, qui est celle où la menstruation se modifie, diminue ou vient de cesser, on ne peut pas ne pas admettre un rapport physiologique entre le travail morbide dont la glande mammaire est le siège, et l'évolution en quelque sorte régressive qui se passe du côté de l'utérus. Se hasarderait-on trop en disant que l'organisme a contracté, par le fait même de la cessation des menstrues, une faculté morbigène qui n'appartient qu'à la femme, et dont les manifestations néoplasiques ont pour siège de prédilection la mamelle, en raison des sympathies préexistantes entre elle et l'utérus?

Encore un mot au sujet de la récidive: en demandant à M. Polaillon s'il pensait que ce pansement pouvait avoir une influence préservatrice sur la récidive, je n'ai eu en vue que la récidive locale dans la plaie ou la cicatrice de l'opération. Je n'ai pu, à coup sûr, viser la récidive à distance dans les organes internes, et moins encore la généralisation de la maladie; moi qui, contrairement à l'enseignement des anatomo-pathologistes de ce temps-ci, ai combattu les doctrines de Lebert à la Société de chirurgie et ai soutenu celle de la préexistence du principe morbide au sein de l'économie, de ce *quid ignotum* dont la néoplasie ne serait que la manifestation externe avec la malignité spécifique qui en est le caractère clinique par excellence.

M. de Beauvais: En 1855, j'ai opéré, avec le concours de mon bien regretté et savant ami le docteur Victor Racle, médecin des hôpitaux, chez une femme de 50 ans, d'un fort embonpoint, une énorme tumeur cancéreuse encéphaloïde ulcérée du sein droit, qui pesait cinq livres et demie. Ce cancer, que nos maîtres éminents, MM. Nélaton et Robert, avaient refusé d'enlever, a guéri, à mon grand étonnement, sans complication aucune, en moins d'un mois, par première intention. La plaie mesurait 20 centimètres de longueur sur 10 de largeur. Il n'y a pas eu de *récidive.* Cette femme est morte, dix ans après, d'un kyste volumineux de l'ovaire. Je vous ai rapporté, l'année dernière, un succès semblable, *sans récidive,* pour un cancer colloïde du testicule droit, du volume de la tête d'un fœtus à terme, que j'ai opéré, en 1854, avec l'aide de mon cher maître M. Nélaton et de mon ami le docteur Victor Racle.

M. Polaillon, répondant à M. Forget, pense que le pansement de Lister n'empêche nullement la récidive du cancer. Il dit qu'une femme opérée deux fois par lui, avec réunion par première intention, eut une troisième récidive. Le pansement listérien, sans empêcher la récidive, rend l'opérateur plus hardi.

Il ajoute que, chez l'homme, il n'y a pas de véritable adénome du sein, parce que l'adénome a pour point de départ l'élément glandulaire, qui manque chez l'homme. Le pansement spécial de Lister a supprimé l'infection purulente, et si l'on a encore des érysipèles, du moins, ils sont très peu graves.

M. Jules Besnier lit un rapport sur un mémoire de M. Deligny (de Toul), membre correspondant, intitulé : *De l'influence de l'érysipèle sur les engorgements ganglionnaires des scrofuleux.*

—

M. de Beauvais, secrétaire général, lit au nom de M. Antonin Martin, absent, la communication suivante :

Paris, le 14 mai 1881.

Monsieur le Secrétaire général et cher collègue,

J'aurais voulu pouvoir assister à la séance de ce jour, afin d'exposer à mes collègues un fait pathologique qui n'a d'importance que par sa singularité, et de leur demander s'ils en connaissent un semblable. Ce fait, le voici :

L'enfant Vétard, âgé de 4 ans 1/2, rue de Chaligny, n° 9, a été atteint au mois de janvier dernier d'otite suppurée de l'oreille gauche, pour laquelle la mère, sans consulter, a cru devoir appliquer un vésicatoire au bras gauche de l'enfant. Ce vésicatoire était *complètement cicatrisé* dans les premiers jours d'avril, quoi qu'ait pu faire la mère de l'enfant pour l'entretenir encore.

Appelé le 10 mai à donner des soins à cet enfant pour une bronchite localisée surtout à gauche, je fis appliquer un vésicatoire au côté gauche du dos, qui donna une quantité médiocre de sérosité ; mais, en même temps, le vésicatoire du bras suppura spontanément, au point que la mère étonnée de ce fait s'en fut chez le pharmacien lui demander ce qu'il fallait faire. Je visitai l'enfant hier 13, et la mère me fit part de ce qui venait d'arriver. Le vésicatoire, qu'elle appelait modestement la mouche, occupait une large surface, environ tout le tiers moyen de la région externe du bras ; la mère l'avait recouvert d'un linge plié en double, qui était complètement imbibé de suppuration. Le linge enlevé, le vésicatoire présentait l'aspect d'une surface largement suppurante, à bourgeons charnus vermeils, recouverts d'un pus abondant, crèmeux, que j'enlevai encore en l'épongeant d'un linge fin ; on eût dit que le vésicatoire avait été pansé avec un papier épispastique trop actif, et cependant la mère n'avait appliqué que du linge fin.

Ce fait est assez singulier, je crois ; bien que l'on sache à quel point les vésicatoires surexcitent l'excitabilité fonctionnelle de la peau et deviennent la cause d'éruptions successives d'ecthyma ou de furoncles, jamais, je crois, cette suractivité n'a produit un cas pathologique semblable. Trousseau défendait d'appliquer le vésicatoire au bras dans les cas de gourmes (eczémas impétigineux) sous peine d'activer et d'étendre leur développement. Mais ici le vésicatoire du bras qui s'est *rouvert*, selon l'expression de la mère, ne présente aucun caractère dartreux.

Agréez, Monsieur le Secrétaire général et cher collègue, mes sentiments sincèrement dévoués.

Dr Antonin Martin.

*Élection.* — M. Lolliot, membre titulaire, n'habitant plus Paris, est nommé, sur sa demande, et conformément aux statuts, membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. le Secrétaire général est chargé d'écrire, à ce sujet, à M. Lolliot.

Le même échange de titre est proposé pour M. Georges Bergeron, membre titulaire, actuellement professeur à la Faculté de Lille. Cette proposition est votée et adoptée.

— La séance est levée à six heures.

*Le secrétaire annuel*, Dr Thevenot.

## FORMULAIRE

### Traitement du pneumo-thorax. — Fernet.

Pour calmer le point de côté très douloureux du pneumo-thorax, injections sous cutanées de morphine, *loco dolenti*, répétées plusieurs fois ; pour combattre la dyspnée, inhalations d'oxygène. — Plus tard, les indications thérapeutiques varient suivant l'espèce de pneumo-thorax. — Si le pneumo-thorax est pur, sans complication d'épanchement liquide, on se borne à l'expectation. — S'il existe un hydro-pneumo-thorax, on peut employer quelques révulsifs, pour remédier à la pleurésie subaiguë dont l'épanchement séreux est l'indice ; et dans le cas où la quantité de liquide est assez considérable, recourir à la thoracentèse. — Dans la pleurésie purulente ne pas trop se hâter de pratiquer la thoracentèse ou l'empyème, et si l'on se décide à cette dernière opération, faire d'abondants lavages désinfectants de la plèvre. — S'agit-il d'une caverne ouverte dans la cavité pleurale, il y a lieu de s'abstenir.

Enfin si c'est un foyer gangréneux du poumon ou un abcès qui se sont épanchés dans la plèvre, on peut encore espérer avec l'empyème, quelques chances de guérison. — N. G.

## COURRIER

Nécrologie. — M. Eugène Boutmy, chimiste expert près le tribunal civil de la Seine, vient de mourir à Paris. Dans une courte allocution, M. le professeur Brouardel a retracé sur sa tombe les qualités de son collaborateur et ami. Il a dit en termes très simples et très vrais l'extrême modestie du savant et la haute valeur morale de l'homme. Eugène Boutmy était en effet un savant qui s'était toujours effacé, et n'avait jamais recherché les distinctions ni les positions honorifiques. Il travaillait sans relâche avec une conscience extrême, dans le laboratoire qu'il avait monté de ses propres deniers; c'est même dans ce laboratoire que le mal par lequel il a été terrassé est venu le surprendre pendant les recherches qu'il faisait sur la putréfaction et les ptomaïnes. Sa mort est une perte sensible pour la science.

Le choléra. — On prend de toutes parts des mesures sérieuses contre le choléra, dont nous avons signalé la présence à Aden et à la Mecque, c'est-à-dire aux deux endroits du globe les mieux placés pour le propager rapidement sur le reste du monde.

On annonce d'Égypte que les pèlerinages de cette année seront interdits, mesure qu'on avait déjà prise en 1874 et 1875.

De plus, on fait subir en Égypte, aux vaisseaux venant de la mer Rouge, une quarantaine assez sérieuse. Mais ce n'est pas tout, et l'on télégraphie de Constantinople que les provenances d'Égypte seront livrées à l'inspection médicale; les provenances de la mer Rouge qui auront déjà subi une quarantaine en Égypte seront soumises à une observation de quarante-huit heures. Enfin les provenances directes de la mer Rouge seront astreintes à la quarantaine réglementaire contre le choléra, dans les ports possédant un lazaret.

On fait bien de veiller attentivement. On annonce qu'à Aden (qui ne possède que 22,000 habitants) on a observé depuis le 2 août jusqu'au 29 septembre 175 cas de choléra ; et, sur le nombre, 141 sont morts.

Intelligence du chien. — On fait en ce moment de très curieux essais dans plusieurs corps d'armée russes, avec des chiens spécialement dressés comme doublures des sentinelles aux avant-postes. On expérimente avec cinq races différentes, parmi lesquelles le chien-loup de l'Oural semble devoir donner le meilleur résultat.

Ce qu'il s'agit surtout d'obtenir du chien, c'est un léger grognement en place de la pleine voix, afin que les bêtes ne se déroutent point l'une l'autre. De plus, on enseigne au chien l'exploration périodique de la campagne sur un signal donné et dans une direction déterminée. A son retour, il doit, par son attitude tranquille ou inquiète, signaler la présence ou l'absence de l'ennemi. Chaque chien a son numéro d'ordre et un collier imperméable, pouvant au besoin contenir les dépêches. Chaque régiment aura sa meute.

Prix — Un prix de 50 livres sterling (1,250 francs) vient d'être fondé par M. Richard Middlemore (de Birmingham). Il sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur mémoire sur les progrès de l'ophthalmologie. Les travaux présentés au concours devront être écrits en anglais ou tout au moins accompagnés d'une traduction anglaise. Ils devront être adressés, avant le 1er mai 1882, à M. Fowkes, secrétaire de l'Association médicale britanique, 16, Stand, à Londres.

L'éclairage du fond de la mer. — On sait combien il est difficile aux ouvriers qui travaillent au fond de l'eau, soit pour établir des travaux de maçonnerie, soit pour rechercher des débris de navires ou des produits de la mer, d'accomplir leur pénible besogne. Les lanternes qu'ils emportent doivent être reliées à la surface de l'eau par des tubes à air, et leur lumière n'est que très insuffisante. On a donc songé à utiliser la lumière électrique dans ces circonstances, et les essais que l'on a faits en Allemagne ont pleinement réussi. Une lampe d'un système à arc électrique quelconque est placée dans un réflecteur, hermétiquement clos, et descendue sur la place où sont occupés les ouvriers, tandis que le vaisseau où se trouve la machine génératrice reste à l'ancre. L'éclairage ainsi obtenu est infiniment supérieur à ce que l'on avait jusqu'ici, les rayons de la lumière électrique ayant en outre la propriété de traverser l'eau avec une grande facilité. (*Le Monde de la Science et de l'Industrie.*)

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# ÉPIDÉMIOLOGIE

## Documents sur la fièvre typhoïde en Algérie (1);

Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux,

Par F. Sorel,

Médecin-major de 2e classe attaché aux hôpitaux de la division de Constantine.

### III. — SÉMÉIOTIQUE.

#### FIÈVRE TYPHOÏDE ET FIÈVRE RÉMITTENTE TELLURIQUE.

En présence d'oscillations fébriles plus ou moins rémittentes, il n'est pas toujours facile de se prononcer sur la nature typhoïde ou tellurique de l'affection. C'est pourquoi, en Algérie, le terme complexe de *fièvre rémittente typhoïde* remplace l'expression aussi commode de *fièvre continue*, employée en France en face d'hésitations analogues.

On trouve rangées sous la dénomination de *fièvre rémittente typhoïde :*

1° Des *fièvres typhoïdes légères* que l'on hésite à qualifier de leur vrai nom ;

2° Des *fièvres rémittentes à durée longue* auxquelles cette durée même vaut ce nom;

3° Des *fièvres de nature typhoïde* diagnostiquées rémittentes au début (2). C'est dans cette catégorie que rentreraient les fièvres typhoïdes palustres de Léon Colin; aussi, dit-il, « dans ces cas, l'impossibilité de reconnaître l'affection « pendant la vie est, suivant nous, chose naturelle; les deux maladies ont cessé « d'être distinctes, parce que la fièvre rémittente s'est transformée en fièvre « typhoïde (3) »;

4° Des *fièvres rémittentes passées à la perniciosité;* fièvres rémittentes à masque typhoïde du professeur Colin.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 18, 24, 27 et 29 septembre.

(2) Alix. *Observations médicales en Algérie*. Paris, 1869.

(3) L. Colin. *Archives gén. de méd.*, t. II, 1878, page 283.

# FEUILLETON

## EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ.

### V

Piles électriques. — Explorateurs électriques. — Galvanocaustie et électrolytie. — Un précurseur de Duchenne (de Boulogne). La première application de l'électrisation localisée. — Appareils électro-magnétiques et magnéto-électriques. — Masque laryngien et larynx électrique.

L'électro-thérapie ne recruta que de rares adeptes, tant que l'électricité statique fut seule employée. Les applications, souvent heureuses, de la pile à auge et des piles des autres systèmes, dans les mains de Haller, de Nysten, de Magendie, et les succès qu'obtinrent ces illustres savants dans leurs recherches de laboratoire, ne suffisaient pas pour convaincre la majorité des médecins, qui demeuraient, pour la plupart, étrangers à ces expériences. Aussi, l'histoire en fait foi, l'électricité médicale, dont les lois n'avaient pas encore été formulées, était employée dans un esprit tout différent, et devenait l'occasion de théories plus ou moins étranges, qui avaient pour effet d'éloigner de l'électro-thérapie beaucoup d'esprits pleins de bon sens et de rectitude. Par exemple, — et, en ce moment, cet exemple n'est pas sans un certain intérêt d'actualité en présence des tentatives récentes de réhabilitation, sous un autre nom, de la force neurique, — entraîné par des analogies trompeuses, comment assimiler le fluide nerveux, s'il existe réellement un fluide nerveux spécial, au fluide électrique, attribuer à sa trop grande abondance les névroses, les névralgies, et employer l'électro-puncture, comme on l'a fait en 1828, dans le but de dériver cet excès de fluide, de le conduire dans le sol, c'est-à-dire, selon les expressions propres des pontifes de cette théorie, pour le déverser dans

L'obscurité de la question et les difficultés du diagnostic tiennent non pas à ce que la fièvre typhoïde emprunterait à la fièvre tellurique la périodicité et l'intermittence, mais, au contraire, à ce que celle-ci abandonne ces caractères et que les rhythmes fébriles deviennent à peu près identiques.

« La fièvre typhoïde est essentiellement continue, rémittente, et c'est la fièvre « palustre qui copie l'autre lorsque abandonnant son allure propre, l'intermittence, « elle arrive à cette marche si caractérisée qui lui a fait donner, depuis M. Maillot, « le titre de pseudo-continue. Il n'est pas jusqu'au frisson, si spécial à l'accès ma- « récageux, que cette fièvre ne perde alors pour débuter sans frissons ou par ce « frisson, court, superficiel, très ordinaire aussi à l'invasion de la fièvre typhoïde; de « même qu'elle partage avec celle-ci la céphalalgie, le vertige, la rachialgie, le bri- « sement des membres, les troubles gastriques, l'épistaxis des premiers jours. » (Arnould et Kelsch) (1).

Pour arriver à une solution qui parfois ne laisse pas que d'être très difficile et même peut rester incertaine, il faut faire appel à toutes nos connaissances et juger de la maladie dans son ensemble; encore n'est-il souvent possible de se prononcer qu'après plusieurs jours d'observation. Prétendre arriver au diagnostic d'après quelques signes seulement, c'est s'exposer à de graves mécomptes.

Les éléments d'appréciation sont tirés de la *durée*, de l'*époque de l'apparition*, de la *symptomatologie générale et spéciale*, de l'*évolution fébrile*, enfin de la *terminaison*.

*a) Durée.* — La durée de la fièvre rémittente est variable comme je l'ai montré ailleurs (2). Quand la fièvre tombe du quatrième au neuvième jour, la durée devient un point important du diagnostic, mais déjà elle n'a plus qu'une valeur relative quand la défervescence a lieu le quatorzième jour, et à plus forte raison à une époque plus éloignée.

*b) Époque de l'apparition.* — Elle ne peut aider au diagnostic qu'à titre de présomption seulement. Les fièvres rémittentes prenant une longue durée en juillet

(1) Mémoire cité. In *Recueil de mém. de méd. milit.*, janvier 1868.

(2) Sorel. *Documents pour servir à l'histoire de la fièvre rémittente*, in *Gazette hebdom.*, décembre 1878.

---

le réservoir commun? La chaîne métallique, dans la méthode de l'électro-puncture, avait précisément pour objet d'établir cette communication et de servir de voie d'écoulement au fluide en excès.

Telle est l'histoire philosophique de la *saignée nerveuse*, qui était célèbre à l'époque où Récamier rééditait les *cataplasmes d'aimant* d'Ambroise Paré, et qui, de nos jours encore, sous d'autres noms, trouve de crédules partisans. Pauvre humanité! Il est vraisemblable que jamais la passion du merveilleux et la superstition de la sottise humaine ne démentiront le proverbe toujours vrai :

L'homme est de glace aux vérités,
Il est de feu pour le mensonge.

Et, en effet, la bêtise humaine est un domaine dont les plus habiles explorateurs ne connaîtront jamais l'étendue. D'ailleurs, une autre cause, indépendante de ces théories boîteuses, faisait encore obstacle à l'emploi méthodique de l'électricité. En effet, sous l'une ou l'autre de ses formes, elle possédait une action brutale dont les inconvénients compensaient les avantages, même quand on interposait, dans les courants voltaïques, les interrupteurs mécaniques ou les pendules de Fabré-Palaprat. Aussi, abandonné comme moyen d'excitation, le courant voltaïque ne devait plus être qu'une méthode chirurgicale. Plus tard seulement, cette électricité voltaïque fut réhabilitée, sous forme de courant continu, pour produire des réactions chimiques et physiques dans les tissus, et pour modifier la nutrition interstitielle.

Aussi les piles à courants constants sont représentées dans les vitrines de l'Exposition par les appareils d'Arrighini (de Milan), de Waren de la Rue, de Guernack, par les piles classiques au chlorure d'argent et par celles non moins connues au chlorure de plomb, employées par le docteur Onimus.

Quant aux inévitables piles à chaîne, elles sont les habituées de toutes les Expositions et,

et août, toute fièvre qui, dans les autres mois et surtout en hiver, dépasse un septénaire et demi a toute chance d'être typhoïde. En septembre, il faut garder une plus grande réserve. Encore y a-t-il des exceptions; c'est ainsi qu'en novembre 1880 la prolongation du beau temps et la persistance de la sècheresse amènent dans mes salles des fièvres rémittentes telluriques en même temps que des fièvres typhoïdes.

c) *Symptômes généraux et spéciaux.* — Il est des symptômes communs aux deux maladies : céphalalgie, épistaxis, sensibilité du ventre à la pression et gargouillement dans la fosse iliaque droite, s'il y a diarrhée ou fausse constipation, météorisme abdominal. Il en est d'autres plus spéciaux à la fièvre typhoïde : insomnie persistante avec rêvasseries, mussitation, soubresauts de tendons, dicrotisme du pouls, fuliginosités de la bouche et des narines, anorexie absolue et complications thoraciques. Enfin appartiennent en propre à la fièvre typhoïde les symptômes thoraciques précoces, le tympanisme abdominal prononcé surtout lorsqu'il coïncide avec une diarrhée spéciale purée de pois d'une fétidité particulière, et les taches rosées. Mais celles-ci font souvent défaut, et dans l'une et l'autre fièvre surviennent des éruptions sudorales diverses qui masquent ou dénaturent les taches rosées dont la recherche devient difficile et l'existence impossible à bien déterminer.

L'*état des forces* et l'*intégrité de l'intelligence*, voilà les deux symptômes capitaux. Dans la fièvre rémittente, le malade se soulève facilement, les réponses sont faciles, la compréhension nette. Le malade atteint de fièvre typhoïde, au contraire, se soulève avec peine, est pris aussitôt de vertige, sa compréhension est lente, les lèvres tremblent, la parole est hésitante, tout trahit une faiblesse des idées et une incertitude des mouvements qui dénotent une atteinte profonde de l'organisme. L'appétit est perdu, tandis que le rémittent tellurique, dont les fonctions digestives s'exercent encore quoique amoindries, conserve un peu d'appétit, et ses forces lui permettent en général de rester levé en dehors de l'heure des exacerbations fébriles. La ressemblance est plus grande avec la fièvre hectique qu'avec la fièvre typhoïde.

Ces signes de la conservation des forces et de l'intelligence sont si importants que la confusion devient surtout facile entre la fièvre rémittente et la fièvre typhoïde légère avec conservation partielle des forces.

d) *Évolution fébrile.* — La fièvre typhoïde, à moins de cas très graves, met

---

par conséquent, trop banales pour mériter l'attention. Certes, elles ne sont pas sans valeur; mais, comme le faisait remarquer Becquerel, en 1855, dans les termes suivants, qui sont encore vrais : « Elles constituent un bon appareil qui pourrait rendre quelques services à la « thérapeutique; malheureusement, une réclame effrénée a détourné les médecins de leur « emploi. »

A côté de ces appareils modernes, le cabinet de physique du Lycée de Vérone expose la célèbre pile à courant constant que Zamboni inventa, et à laquelle il donna le nom de *Mouvement perpétuel.* Il est vrai que, plus tard, il reconnut l'erreur de cette dénomination et l'épuisement graduel de son appareil.

Plus nombreux encore sont les modèles de piles à courants interrompus; la multiplicité et la variété des applications industrielles et scientifiques de l'électricité voltaïque devaient nécessairement provoquer la création de nombreux types de piles, répondant plus ou moins par leurs qualités aux usages auxquels on les destine : piles humides, piles à un ou deux liquides, piles sèches et piles thermo-électriques. Les différences consistent tantôt dans la nature des électrodes, tantôt dans la forme ou la composition des parois des vases, la disposition ou la qualité du diaphragme et du vase poreux; enfin, dans les réactions chimiques qui produisent la force électro-motrice.

C'est une comparaison instructive que de rapprocher les éléments voltaïques modernes, dont la perfection devient chaque jour plus grande, de la pile à auge de Volta, dont les modèles originaux figurent dans les vitrines de l'Exposition rétrospective de l'*Institut de Milan* et du *Cabinet de physique de l'Université de Pavie*, et de la pile à couronne du même savant, dont les douze célèbres petits verres ont été envoyés par le Lycée Volta de Côme.

En France, du moins, les piles actuellement les plus en faveur sont celles de Daniell, Leclanché, Trouvé, Callaud, Gaiffe; tandis que, à l'étranger, en Allemagne surtout et en Russie, la pille Meidenger (de Carlsruhe) paraît être adoptée de préférence. Mais si ces appa-

quatre jours à atteindre son élévation thermique maximum ; l'ascension est plus rapide dans la fièvre rémittente, le degré maximum est obtenu dès le second jour. En outre, la subcontinuité est presque de règle dans les oscillations thermiques qui suivent la période d'ascension de la fièvre typhoïde; tandis que, dans la fièvre tellurique, le rhythme rémittent apparaît en général d'emblée.

Voici une observation de fièvre rémittente tellurique prise dès le début. On voit que la période ascensionnelle est achevée en deux jours, et que les oscillations qui suivent sont amples et nettement rémittentes, la ligne des minima restant toujours abaissée quels que soient les degrés maxima. De plus, quelques températures recueillies pendant la nuit confirment l'idée que j'ai émise autre part (1), que le rhythme rémittent tellurique est constitué par une double oscillation fébrile dans la nychthémérie. Ce serait là un caractère distinctif précieux, mais des recherches nouvelles sont nécessaires pour l'asseoir d'une façon indiscutable.

Obs. IV. — Mah..., 24 ans, soldat au 1er régiment d'artillerie, dans sa troisième année de service, deuxième d'Algérie, ayant assisté aux manœuvres du camp de l'Oued-Seguin, entre à l'hôpital militaire de Constantine le 18 juillet 1879. Aucun antécédent morbide à signaler.

Céphalalgie depuis plusieurs jours, appétit diminué, sommeil conservé. Le 19 juillet, la fièvre s'allume. Épistaxis les trois ou quatre jours suivants.

Le malade mange la dernière portion d'aliments pendant toute la durée de la maladie, et se lève tous les matins pour faire sa toilette. En dehors de l'état fébrile, aucun symptôme saillant.

| | Matin. | Soir. | | Matin. | Soir. |
|---|---|---|---|---|---|
| 18 juillet. . . . | | 37,2 | 28 juillet. . . . | 37,6 | 40,0 |
| 19 — . . . . | 37,2 | 39,2 | 29 — . . . . | 38,3 | 39,5 |
| 20 — . . . . | 38,4 | 40,0 | 30 — . . . . | 37,8 | 39,2 |
| 21 — . . . . | 38,0 | 40,0 | 31 — . . . . | 37,6 | 39,2 |
| 22 — . . . . | 38,4 | 39,7 | 1er août . . . . | 37,4 | 39,8 |
| 23 — . . . . | 38,4 | 39,7 | 2 — . . . . | 37,5 | 39,2 |
| 24 — . . . . | 38,7 | 39,2 | 3 — . . . . | 37,3 | 38,3 |
| 25 — . . . . | 38,3 | 40,0 | 4 — . . . . | 37,0 | 37,5 |
| 26 — . . . . | 38,2 | 39,0 | 5 — . . . . | 36,8 | 37,0 |
| 27 — . . . . | 37,6 | 39,0 | | | |

(1) Sorel. *Loc. cit.* Observations I, V, VI, XXXII, *Gazette hebdom.*, décembre 1878.

reils sont loin d'être nouveaux, il en est d'autres qui ont le mérite de l'originalité, tels que la pile à craie d'Edison, les piles à vases extérieurs en laque, exposés par le ministère des travaux publics du Japon, et ces curieux éléments de piles exposés dans la section anglaise et qui sont constitués par deux plaques de selenium immergées dans l'eau. Enfin d'autres éléments de piles ont une valeur historique. C'est ainsi que le docteur Tripier a exposé la pile de Ciniselli et le Conservatoire des arts et métiers la pile à potasse de Becquerel.

Parmi les piles médicales d'invention récente, une seule, celle du docteur Seure, est réellement ingénieuse. Elle a la forme d'un tube en U, dans la courbure duquel sont superposés de l'éponge, du sable et du sulfate de cuivre cristallisé, formant une stratification de trois couches. Un fil de cuivre contourné en spirale plonge dans l'une des branches du tube, et dans l'autre on a placé une lame de zinc. Cet élément voltaïque est portatif, et, d'après l'inventeur, donnerait, pendant un temps considérable, un courant d'une remarquable constance. Quant aux autres éléments voltaïques, ils sont tous employés depuis longtemps, et aucun modèle nouveau n'a été présenté en concurrence avec eux. Il faut signaler cependant les piles en porcelaine de Chardin, qu'on met en activité en les renversant.

Donc les nouveautés sont rares dans cette section, et cependant la construction des piles électriques est maintenant une importante industrie, donnant lieu à des fabrications secondaires non moins nombreuses. C'est ainsi, par exemple, que la taille des charbons de cornue et la fabrication des charbons artificiels, dont l'ingénieur F. Carré a été le promoteur, et dont il expose des spécimens, ont pris un grand développement. Il en est de même de l'industrie des fils et des plaques métalliques spéciales.

Les applications de l'électricité voltaïque à l'art de guérir sont surtout limitées, de nos jours, à la chirurgie. Il existe une chirurgie galvanique; et, bien que les instruments électriques dont s'enrichit l'arsenal chirurgical contemporain ne soient pas tous nouveaux, il n'en est pas moins vrai que l'emploi de la lumière et de la chaleur produites par l'arc voltaïque joue un rôle important dans la clinique et la médecine opératoire.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 25 juillet. . . . | 9 h. du soir, | 38,6 | 1 h. du matin, | 39,2 |
| 26 — . . . | — | 37,5 | — | 38,2 |
| 27 — . . . | — | 38,5 | — | 38,5 |

Les températures prises à neuf heures du soir et à une heure du matin indiquent qu'il y a un abaissement marqué de la température le soir, suivi d'un maximum nocturne, c'est-à-dire double oscillation dans la nychthémérie. Au neuvième jour, l'oscillation nocturne tend à disparaître, et la fièvre passe au rhythme intermittent.

Inutile de dire que le sulfate de quinine fut administré dès le début et à dose quotidienne d'au moins un gramme. Il a peu d'action sur la durée de la maladie et ne peut servir à contrôler le diagnostic ; on doit cependant l'employer comme régularisant les symptômes et empêchant la perniciosité.

L'intermittence fébrile, dans les derniers jours, est un rhythme commuu à la rémittente et à la fièvre typhoïde.

*e) Terminaison.* — En dehors de la perniciosité, la fièvre rémittente a une issue favorable. Le diagnostic, entre une fièvre rémittente pernicieuse à forme comateuse ou ataxique et une fièvre typhoïde caractérisée par l'ataxie ou l'adynamie, peut devenir impossible si antérieurement on n'a pu s'éclairer d'après les symptômes produits, c'est ce qui a fait dire au professeur Vallin : « Il nous est souvent « arrivé, après la mort du malade, de ne savoir si nous devions inscrire sur le « registre des décès : fièvre typhoïde ou fièvre continue palustre; l'autopsie seule, « par ses résultats négatifs, révélait la nature véritable de l'affection (1). »

Dans les fièvres rémittentes ordinaires, la convalescence est franche, les forces se réparent vite, l'atteinte de l'organisme ayant été peu profonde, mais il peut en être de même dans la fièvre typhoïde légère.

*f) Traitement.* — Le sulfate de quinine n'est pas, comme on l'a dit, la pierre de touche qui doit révéler la nature typhoïde ou tellurique de l'affection; il est impuissant à enrayer certaines formes de la fièvre rémittente tellurique; j'en ai rapporté de nombreux exemples (2), et l'observation IV en est une preuve nouvelle.

(1) Note ajoutée au *Traité des maladies infectieuses* de Griesinger, page 93.

(2) Sorel. *Gaz. hebdom.*, décembre 1878. *Documents sur la fièvre rémittente.*

---

C'est ainsi que dans la section française on peut voir dans les vitrines de Gaiffe, par exemple, des polyscopes électriques, et, dans celles de Vert, un autre polyscope alimenté par une pile graduée à soulèvement automatique. Sous le nom de *polyscopes*, les constructeurs désignent un petit instrument explorateur qui, paraît-il, permettrait l'éclairage de toutes les cavités naturelles du corps, c'est-à-dire l'examen depuis la bouche jusqu'à l'anus, et depuis le nez et les oreilles jusqu'à l'urèthre. Si tant est qu'une telle exploration soit possible, l'estomac n'aurait donc plus de mystère ni la vessie de secret; et bientôt, sans doute, un romancier naturaliste nous décrira *de visu* les aventures d'une bouchée de pain à travers le tube digestif ou les exploits plus ou moins périlleux d'une épingle dans la vessie.

Un autre instrument explorateur, dont la construction repose sur les propriétés de la pile et du galvanomètre est l'*explorateur extracteur électrique* de Trouvé. Cet instrument est destiné à la recherche et à l'extraction des projectiles. Une pile constitue l'appareil générateur de la force électro-motrice; une sonde munie d'un mandrin l'instrument explorateur. Le mandrin contient deux stylets, dont les extrémités libres dépassent le bec de la sonde, et dont les extrémités opposées sont en rapport avec une boussole très sensible; ce dispositif dans son ensemble est l'appareil révélateur. Enfin un extracteur complète cet instrument. Il suffit du contact léger d'un corps métallique avec les pointes des stylets pour faire dévier la boussole et provoquer les mouvements du trembleur, indiquant la présence du projectile dans la plaie.

Certes cet instrument est ingénieux, mais, comme tous les appareils électriques de ce genre, il possède une très grande sensibilité, et, par conséquent, une certaine délicatesse. En tout cas, si on parvenait à vaincre ce dernier inconvénient, il rendrait de nombreux services dans les ambulances des corps d'armée et dans les hôpitaux militaires. Il existe encore un autre explorateur électrique, qui est exposé dans les vitrines de la section allemande par le *Cabinet des instruments et bandages de l'Université de Berlin.*

La méthode de galvanocaustie thermique est représentée dans la section française par les

En résumé, ce sont les formes légères ou au contraire les formes très graves des deux intoxications tellurique et typhoïde qu'il est le plus difficile de séparer ; c'est par l'examen de tous les symptômes sans exception et l'appréciation de leur importance relative qu'il est possible d'arriver, et non pas toujours, à formuler un diagnostic certain.

### IV. — CONCLUSIONS.

1° *Origine.* — La fièvre typhoïde en Algérie est engendrée par les mêmes causes qui la font naître en Europe. Endémique dans les grandes villes, elle est sujette à des explosions épidémiques provenant d'une recrudescence de l'endémie elle-même ou qui peuvent être rattachées à des causes passagères et toutes locales.

L'examen des faits ne confirme pas la réalité d'une fièvre typhoïde palustre par transformation d'une fièvre d'origine primitivement palustre.

2° *Évolution.* — L'évolution générale est la même qu'en Europe. Les cas à défervescence brusque sont peut-être plus fréquents ; peut-être aussi la typhisation est-elle souvent plus complète, d'où gravité plus grande de certaines épidémies avec prédominance des formes classiques.

3° *Séméiotique.* — Le diagnostic, quand les symptômes spéciaux sont peu accusés, est rendu difficile par le fait que les rhythmes fébriles rémittents et intermittents appartiennent aussi bien à la fièvre typhoïde qu'à la fièvre tellurique. Ce sont les formes légères ou très graves des deux intoxications typhoïde et tellurique qu'il est le plus facile de confondre.

4° *Intervention de l'impaludisme.* — Le miasme tellurique issu des foyers fractionnés ne saurait engendrer un milieu général extérieur capable d'influencer la marche des autres maladies et de la fièvre typhoïde en particulier (1).

Il agit à la façon d'un poison dont l'expansion est limitée et peut créer chez la personne atteinte un milieu diathésique individuel. Dans ce cas, la fièvre typhoïde en puissance annule son activité qui peut reparaître dans la convalescence. Celle-ci,

(1) Sorel. *Gazette hebdom.*, n°s 28 et 29, juillet 1880. *De l'intoxication tellurique considérée au point de vue des formes morbides en général et de ses rapports avec les autres maladies.*

---

divers cautères en platine de M. Vert, par l'appareil de M. Arnould pour la cautérisation des plaies et l'application des pointes de feu, par l'appareil galvano-caustique de Planté à courant secondaire, et, dans la section allemande, seulement, par les appareils de Söhn (de Leipsick). Dans ce genre d'appareils, la section italienne est plus riche en nouveautés. C'est ainsi que le professeur Cazelli (de Reggio) a envoyé un trachéotome galvano-caustique, qui esl différent de ceux qu'on emploie généralement en France.

Un compatriote du précédent, le docteur Mucci (de Plaisance) expose des planches photographiques qui représentent des varices guéries au moyen de l'électricité. Au reste, cette idée n'est pas absolument neuve. On sait que la première application de la galvano-puncture au traitement des tumeurs vasculaires remonte à 1831, époque où elle fut employée par Alphonse Guérard. Le procédé du docteur Mucci, d'après la note explicative qui accompagne ses photographies, consiste dans la coagulation du sang par des courants électriques. Il diffère donc de la galvano-caustie et a plutôt pour objet des effets electrolytiques. La méthode de l'auteur consiste à introduire dans l'espace interpolaire un arc métallique qui fait dévier le courant. Au pied de l'arc qui constitue le pôle positif, le courant rentre, et, par conséquent, donne lieu à des effets chimiques et à la coagulation du sang. Par cette disposition, on a deux points de coagulation au lieu d'un seul, et on peut, en quelques minutes, par des changements de pôles, obtenir un caillot mesurant 8 à 9 centimètres de longueur. Le malade garde le repos pendant quelques jours, pendant lesquels on administre des bains de pieds additionnés d'eau de Goulard, et on pratique des pansements antiseptiques avec une solution phéniquée. Si les résultats de cette méthode sont toujours aussi nets que ceux du tableau exposé par l'auteur, ces procédés mériteraient d'être mis à l'essai.

Enfin, un autre Italien, le docteur de Renzi, professeur à Gênes, a envoyé des tableaux graphiques donnant les résultats de l'emploi méthodique de l'électro-thérapie dans le traitement de la fièvre paludéenne. Quelles que soient la valeur et la nature des procédés de l'auteur,

par suite de la résistance moindre de l'organisme, peut favoriser une intoxication actuelle.

NOTA. — Depuis la rédaction de ces pages, j'ai rencontré quelques faits notables. Dans un cas où la température put être prise dès le début, l'ascension thermique s'est faite progressivement en échelon, conformément à la règle posée par Wunderlich. Ce même malade fut atteint de phlegmasie blanche au moment de la convalescence; celle-ci siégeant au membre inférieur gauche fut suivie plus tard de crampes du mollet avec induration des jumeaux et rétraction tendant à maintenir le pied en équin.

Dans un autre cas, le déclin s'accompagna d'une épidydimo-orchite gauche; le testicule perdit sa consistance, qu'il recouvra plus tard.

Une Arabe d'environ 20 ans, atteinte de leucomes centraux, entrait dans le service de M. Dieu, médecin en chef, pour subir l'opération de la pupille artificielle. Venue de Takitount, où elle habitait un gourbi situé au pied du bordj, elle se trouvait être au début d'une fièvre typhoïde à forme ataxique à laquelle elle succomba. L'autopsie confirma le diagnostic. Ainsi donc, une indigène vivant de sa vie propre a été frappée de dothinentérie. Ce fut le seul cas connu dans les limites du bordj.

Dans le même service, une jeune fille anémique paludéenne, porteur d'une grosse rate, sujette à des accès francs de temps à autre, contracta la fièvre typhoïde; celle-ci ne reçut aucune modification notable dans son évolution, du fait de l'impaludisme présent, et la malade guérit.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ANNUAIRE DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER, *des bains de mer et de l'hydrothérapie.* Nouvelle édition, revue et corrigée; vingt-deuxième année. Paris, 1881; Gauthier-Villars. Petit volume in-18 de 258 pages.

Aucun nom d'auteur n'est inscrit sur la couverture — vert d'eau — de ce livre; mais il

pourquoi donc attribuer à l'électro-thérapie le bénéfice de ces succès plutôt qu'à toute autre cause, quand la pathogénie de l'impaludisme est encore en discussion? A moins que les pratiques électro-thérapiques n'agissent, ce qui est vraisemblable, en tant que moyens hygiéniques puissants. D'ailleurs, par le temps de bactéries et de vibrions où nous vivons, il ne faut pas désespérer d'entendre bientôt quelque fanatique de *bactéridisme* interpréter ces résultats par le foudroiement des microrganismes par les courants électriques.

Au point de vue de l'électro-thérapie, l'emploi de la pile est donc resté limité à ces applications assurément remarquables, mais néanmoins secondaires. L'adaptation de la bobine d'induction et d'un interrupteur automatique aux appareils voltaïques a été certainement le perfectionnement qui a le plus contribué à la vulgarisation de l'électrothérapie. Cette découverte est l'œuvre d'un physicien et non d'un médecin. Masson, dont la première bobine d'induction est exposée dans une des vitrines de l'Exposition rétrospective par M. Bréguet, son ancien collaborateur, observa les effets de l'extra-courant, et, dans un mémoire à l'Académie des sciences (1) constata le premier la possibilité de limiter et de diriger la puissance électrique dans des organes déterminés, c'est-à-dire de la localiser dans les points mêmes qui sont en contact avec les excitateurs. L'électrisation localisée était donc découverte, et si ses lois n'étaient pas définitivement fixées, elles étaient du moins entrevues. Sans diminuer la valeur des travaux de Duchenne (de Boulogne), il est équitable de citer les recherches trop souvent passées sous silence et les débuts d'une méthode dont l'originalité et la paternité appartiennent incontestablement à Masson, alors professeur de physique au collège de Caen. Au reste, entre les mains de l'inventeur, elle reçut la sanction d'une expérience favorable. Le premier malade qui fut guéri par l'application de l'électrisation localisée, était un propriétaire de Saint-André-de-Fontenay, village des environs de Caen. Atteint d'une hémiplégie faciale, il fut traité par un médecin de Caen avec le concours du

(1) *Annales de physique et de chimie*, 1837, t. LXVI, p. 26.

est bien peu de personnes qui ne sachent que l'Annuaire des eaux minérales est l'œuvre et la propriété de M. Germond de Lavigne.

Un annuaire qui compte vingt-deux ans d'existence ne saurait, sans quelque impertinence, être recommandé au public. Il me sera cependant bien permis de faire remarquer que le public n'est pas un composé homogène et que si l'on y compte des médecins qui ont vu naître l'Annuaire des eaux minérales, il y en a qui, docteurs d'hier, ne savent même pas s'il existe. J'ajoute que parmi les premiers, parmi les vieux, beaucoup ne savent pas au juste ce qu'on trouve dans un annuaire de cette sorte.

En effet, cela ne les intéressait que médiocrement au début de leur carrière, parce que cela était en dehors du programme des examens qu'ils venaient de subir; ce n'est qu'après s'être trouvés en face de clients plus instruits qu'eux en fait d'eaux minérales ou de stations thermales, — et ce n'était pas difficile, — qu'ils se sont enquis des publications spéciales concernant ce sujet. Ils ont alors apprécié ces utiles petits livres qui, sous une forme simple, offrent des renseignements indispensables à l'époque où nous vivons, époque qui commence ce qu'on pourrait appeler « l'ère des bains ».

Sous un très petit volume l'Annuaire des eaux minérales renferme :

La *nomenclature générale des stations d'eaux minérales* en France, indiquant leur situation la nature des sources, leur température, leurs propriétés médicales et chimiques, l'installation et les ressources des établissements, et les *moyens de communication* qui y conduisent;

Le classement des sources minérales selon leur nature et selon les maladies qui s'y adressent;

Un memento des principales indications thérapeutiques des eaux minérales de la France.

Une nomenclature des principales stations étrangères;

Une liste des établissements de bains de mer et des principaux établissements hydrothérapiques en France.

Il donne la liste :

Du personnel chargé du service des eaux minérales au ministère de l'agriculture et du commerce.

Des membres du comité consultatif d'hygiène auprès de ce département;

De la commission des eaux minérales à l'Académie de médecine;

Des chimistes qui s'occupent plus particulièrement des eaux minérales.

Il contient enfin :

Des documents pratiques spéciaux;

Des notices détaillées sur quelques-uns des établissements recherchés du public;

Divers renseignements généraux utiles aux personnes qui fréquentent les eaux minérales, notamment le service spécial des chemins de fer.

C'est beaucoup. Est-ce tout ce qu'il pourrait contenir? — Si l'auteur veut bien me le per-

---

modeste professeur de physique de cette ville. Le récit de cette guérison, importante puisqu'elle est la première application authentique de la nouvelle méthode, qui, plus tard, devait être si féconde et obtenir un si grand retentissement, a été donné dans la thèse de doctorat ès sciences physiques, soutenue par Masson en 1838 (1).

Plus tard, Duchenne (de Boulogne) perfectionna l'électrisation localisée et en devint le législateur. C'est donc à dater de l'appareil de Masson et Bréguet que l'électro-thérapie posséda des instruments réellement utiles et pratiques. La lutte s'établit alors entre les appareils électro-magnétiques, auxquels Duchenne devait donner plus tard le nom de Volta-faradiques, et les appareils d'induction dont Pixii, Clarke et Sexton furent les premiers inventeurs, et que Breton appliqua alors aux usages thérapeutiques. Ces appareils d'induction ont un intérêt historique d'autant plus considérable qu'ils sont l'origine des puissants générateurs d'électricité en usage de nos jours dans l'industrie et de la réalisation de ces prodiges qu'on admire dans l'Exposition au Palais des Champs-Élysées. Aussi le Collège de France a rendu un légitime hommage à la mémoire de Pixii, en exposant sa machine d'induction dans les vitrines du Musée rétrospectif.

Depuis, la faveur qui s'attacha aux appareils électro-magnétiques n'a pas cessé d'aller en augmentant. Leur prix toujours moins élevé, la possibilité de faire varier leurs intermittences,

(1) « Le malade fut soumis à l'action des courants interrompus, en commençant par l'œil... « Nous faisions passer le courant sur la paupière, *de manière à agir sur le nerf sus-orbitaire.* « Aussitôt que les commotions devenaient un peu rapides, l'œil se fermait, et, en augmen- « tant la vitesse de la roue, on pouvait le maintenir fermé sans douleur pour le malade... « Dès qu'on cessait l'action, la paupière partait comme un ressort et l'œil s'ouvrait... En sou- « mettant les diverses parties malades au même traitement, j'ai eu la satisfaction de rendre « au malade l'usage de toutes les parties de la face (Masson, *Thèse pour le doctorat ès sciences « physiques, Théorie des phénomènes électro-dynamiques et du magnétisme.* Paris, 1838, Cro- « chard, p. 89). »

mettre, j'exprimerai le vœu qu'il soit ajouté à tous les renseignements énumérés plus haut, quelques indications sur l'organisation du service des indigents près les stations thermales. Les hôpitaux militaires sont, à la vérité, mentionnés dans l'Annuaire de M. G. de Lavigne; mais les hôpitaux civils, dits hôpitaux thermaux, ne le sont pas. Il serait bon cependant qu'on les connût. Il serait même très désirable que l'on sût par qui, dans ces hôpitaux civils, est fait le service des indigents; si ce sont des médecins nommés par la municipalité qui soignent les malades hospitalisés, ou bien, au contraire, si c'est le médecin nommé par l'Administration supérieure qui en a la charge. On sait qu'une des principales préoccupations de la Direction des eaux minérales est le service des indigents. Il serait donc très intéressant de savoir d'une façon précise comment ce service fonctionne, non pas en théorie, mais en réalité.

Les indigents qui ont recours aux eaux minérales se divisent en trois catégories : 1° ceux qui habitent les stations mêmes; — ils jouissent de la gratuité des eaux comme, en général, tous les habitants des localités thermales; — ils ont leur médecin habituel. Il n'y a pas lieu de s'occuper d'eux, et je crois que personne ne s'en inquiète. — 2° ceux qui viennent, de leur propre mouvement, et à leurs risques et périls, des localités voisines; — et 3° ceux qui sont envoyés aux stations par les communes éloignées, et aux frais de ces communes.

De ces stations, les unes sont pourvues d'hôpitaux; les autres, non. Parmi les hôpitaux, combien en compte-t-on (je répète ma question) dont le service soit municipal, et où, par conséquent, la Direction des eaux minérales n'a rien à voir? — Combien, au contraire, dont le service est purement thermal et qui, de ce fait, ressortissent à la Direction des eaux minérales?

Les indigents de la deuxième catégorie, je veux dire ceux qui viennent aux stations sans y être envoyés par les communes, et qui sont admis dans les hôpitaux, sont-ils, comme ceux de la troisième, l'objet de la sollicitude de l'Administration supérieure?

En un mot, dans combien de stations de France l'Administration a-t-elle à se préoccuper d'assurer le service des indigents?

L'importance de cette question n'échappera pas sans doute à l'auteur de « l'Annuaire des eaux minérales », et puisque je n'ai pas trouvé dans son livre les éléments de la réponse, peut-être jugera-t-il bon de me les fournir dans le journal qu'il dirige avec tant de libéralité. — M. L.

---

sans changer l'intensité du courant, enfin l'interruption automatique dont Masson avait eu le premier l'ingénieuse idée, et qui, depuis, a été améliorée par les constructeurs des divers systèmes, leur ont assuré une préférence justifiée.

Dans la section française, les fabricants se font concurrence par le prix et aussi par la perfection des instruments. Tels sont les appareils de Dubos, Combette, Biloret, Gaiffe et les appareils électro-médicaux à courants ardents avec piles sèches de Desruelles. Parmi ces instruments, le plus nouveau est celui de Chardin, dans lequel par un procédé ingénieux qui consiste dans un manchon de soufre incorporé à la pile au sulfate de cuivre, la consommation du zinc est réduite au minimum.

L'Autriche est représentée par Silberling (de Vienne); la Belgique, par Glœsener; l'Italie, par Baldinelli; la Norwège, par les élégants appareils de Steger (de Christiania); l'Allemagne, par ceux de Gauerbach (de Dresde), et les remarquables machines d'induction à lames vibrantes du système Toeler (de Dresde), destinées surtout à l'électro-physiologie. L'appareil exposé par Keiser (de Berlin) est remarquable par sa forme, qui est celle d'un pupitre, et par son interrupteur automatique.

Toutefois aucun de ces appareils n'est un instrument nouveau et quelques-uns seulement présentent d'utiles perfectionnements : tels sont, par exemple, les deux interrupteurs exposés par Gaiffe. Le premier a des intermittences qui varient de 150 à 3,000 par minute, et le second, qui est adapté à l'appareil à chariots, donne à volonté des interruptions variant de 50 par minute à 50 par seconde. Cet interrupteur, qui mérite le nom d'interrupteur à boule, est formé de deux tiges, l'une inférieure et l'autre supérieure. La tige supérieure munie d'une boule a un poids sensiblement égal à celui de la tige inférieure, quand l'instrument est au repos. Le poids de cette dernière augmente quand l'interrupteur s'incline; de sorte que, en faisant varier l'inclinaison de ce dispositif, on peut graduer le nombre des secousses.

Les États-Unis, la Suède, les Pays-Bas, la Suisse, la Russie n'ont envoyé aucun appareil

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Transmission du sarcopte de la gale du cheval à l'homme*, par M. Gorand, médecin aide-major de 1re classe. — Les cas de transmission du sarcopte du cheval au cavalier ont été considérés comme douteux; les observations et les recherches de l'auteur doivent lever tous les doutes. Pendant l'année 1880, la gale s'est montrée sur des hommes du 31e régiment d'artillerie qui n'avaient pas entre eux de relations, mais qui tous étaient en rapport avec des chevaux infectés, dont ils avaient fait à plusieurs reprises le pansage ou bien qu'ils avaient montés. La variété de gale du cheval qui fut communiquée était la gale sarcoptique, distincte de la gale produite dans l'espèce chevaline par le psoropte et le symbiote. Enfin, comme moyen de contrôle, l'auteur a employé le procédé expérimental de Gerlach, c'est-à-dire fixé des croûtes sur le bras de manière à isoler le sarcopte. Il se produisit des sillons caractéristiques et des éruptions; de plus la présence du sarcopte fut constatée; de sorte que ces expériences sont probantes en faveur de la transmission réelle de la gale sarcoptique du cheval à l'homme. (*Rec. de méd. et de chir. mil.*, p. 297, t. XXXVII, 1881, mai-juin). — Ch. E.

*Rupture spontanée du ventricule gauche causée par une thrombose de l'artère coronaire; inondation péricardique; mort foudroyante*, par M. Humbert Mollière. — A son entrée à l'hôpital, la malade, âgée de 52 ans, en l'absence de troubles fonctionnels graves, paraissait atteinte d'un embarras gastrique simple. A la suite d'efforts de vomissements, elle tomba dans un grave état de prostration qui dura quelques minutes. Le lendemain, les mêmes accidents se reproduisirent et la malade succomba rapidement. A l'autopsie, on constata un épanchement sanguin du poids de 270 grammes dans le sac péricardique, une déchirure de forme angulaire de la face antérieure du ventricule gauche du cœur. Les orifices auriculo-ventriculaires étaient intacts; les parois du cœur avaient leur coloration et leur épaisseur normales; mais la face interne de l'aorte était parsemée de plaques jaunes recouvrant des foyers de boue athéromateuse. L'artère coronaire gauche etait athéromateuse et oblitérée à un centimètre de son embouchure par un caillot adhérent à la tunique interne et ayant l'aspect des thrombus anciens. Au voisinage de la rupture, les fibres du cœur étaient atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse. C'est-à-dire que la myocardite subaiguë s'accompagnait d'une nécrobiose des éléments musculaires par suite d'insuffisance de la circulation capillaire. L'origine de cette myocardite chronique est probablement le résultat des altérations des parois de la coronaire ayant pour conséquence la coagulation sanguine sur place. Les accidents d'angine de poitrine qui précédèrent la mort étaient en rapport avec ce travail pathologique déjà ancien (*Lyon méd.*, t. XXXVII, 13e année, n° 24, 12 juin 1881, p. 219). — Ch. E.

---

d'électricité médicale, et cependant, dans ces divers pays, l'électro-thérapie est en honneur.

De ce rapide examen, on est conduit à cette conclusion naturelle, qu'il est nécessaire que l'électro-thérapie reçoive la vive impulsion qui lui fait défaut.

A côté de ces instruments, qui sont les principaux engins de l'arsenal de l'électro-thérapie, la fantaisie des constructeurs se donne quelquefois carrière sous forme d'idée plus ou moins pratique. Tel est, par exemple, le fauteuil au moyen duquel, d'après l'inventeur, le malade peut s'électriser lui-même. Une tige adaptée à l'un des pieds du fauteuil supporte une boîte qui contient un appareil d'induction, que le malade met en action quand il le désire. L'utilité de cet appareil est certainement contestable, car l'emploi de l'électricité médicale, pas plus que des autres méthodes thérapeutiques, ne doit pas être abandonné à la discrétion des malades, toujours disposés à en mésuser. Il en est de même des bains galvaniques, dont l'utilité a été constatée par le docteur Constantin Paul dans quelques maladies, mais à une condition, c'est de différer de ces bains dits électriques exploités par l'industrialisme, et qui consistent seulement dans l'emploi de baignoires formées de differents métaux.

Enfin, parmi les applications de l'électricité à la médecine, il en est deux qui séduisent par leur nouveauté et par leur utilité dans les études de laryngoscopie; ce sont l'*explorateur du larynx* du docteur Rosapelly qui communique avec un appareil enregistreur sur lequel se transcrivent les diverses modifications du larynx, et le *mannequin* laryngoscopique de MM. Labus et Baldinelli (de Milan). Dans ce masque très ingénieux, on fait mouvoir, à l'aide d'un courant galvanique, les diverses pièces d'un pharynx et d'un larynx artificiels, et on reproduit tous les mouvements de ces organes.

A cet ingénieux appareil, il ne manque plus que les sons de la voix pour rendre l'illusion complète. C'est un perfectionnement que la téléphonie tient sans doute en réserve. Un jour, peut-être, un Edison de l'avenir imaginera et construira quelque automate électrique, perfectionnant ainsi le fameux joueur de flûte de Vaucanson, ou bien les têtes parlantes de

*De la folie syphilitique*, par M. le professeur Ball. — L'existence de la folie syphilitique n'est pas plus contestable que celle des psychoses qui se développent sous l'influence des diathèses rhumatismale ou goutteuse. Les accidents de la syphilis cérébrale sont précoces ou tardifs, comme l'a prouvé M. le professeur Fournier, et affectent de préférence ceux qui sont atteints de cachexie vénérienne, d'excès de fatigues physiques et intellectuelles ou de traumatismes de la tête. Les syphilis d'intensité moyenne sont celles qui déterminent le plus souvent les accidents cérébraux; ces derniers sont précédés par une déchéance intellectuelle, bientôt remplacée par le délire syphilitique, qui se manifeste sous trois formes :

1° La *démence syphilitique*, caractérisée par l'engourdissement des facultés intellectuelles, l'amnésie totale ou partielle, l'incohérence des idées, la perte du sens moral et une irascibilité du caractère très caractéristique;

2° La *manie ou folie syphilitique*, tantôt sous forme de manie proprement dite et de délire musculaire, tantôt sous forme de lypémanie, d'hypochondrie, de délire des persécutions ou de délire impulsif;

3° La *paralysie générale syphilitique* se manifestant par l'incohérence des paroles, rarement par le délire ambitieux, quelquefois par des accès de lypémanie et souvent par du bégaiement, de l'embarras de la parole et des paralysies partielles de la face.

Les antécédents et les paralysies partielles sont les éléments du diagnostic de la syphilis cérébrale. Le traitement doit être mixte au début, suivant la méthode préconisée par M. le professeur Fournier (iodure de potassium et frictions mercurielles) et, dans les cas d'intolérance du malade pour le mercure, on peut utilement remplacer ce dernier médicament par le chlorure d'or. (*Le Praticien*, p. 317, 4 juillet 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

### Solution concentrée d'acide phénique dans l'eau.

Pour obtenir une solution concentrée d'acide phénique dans l'eau, on mélange l'acide phénique avec parties égales de glycérine, on agite et on peut ajouter à ce mélange, de l'eau en toutes proportions. Cette manière de procéder est préférable à celle qui consiste à dissoudre l'acide phénique dans l'alcool et à ajouter de l'eau, car si l'addition de l'eau est trop considérable, l'acide phénique se trouve de nouveau précipité. — Les solutions concentrées d'acide phénique, sans être employées pour les pansements chirurgicaux, peuvent l'être, dans certains cas, à titre de désinfectant. — N. G.

---

l'abbé Mical, dont le masque laryngoscopique serait presque une ébauche. Alors, sans doute, au lieu d'appliquer sur l'oreille les récepteurs d'un téléphone, pour l'audition des représentations de l'Opéra ou du Théâtre-Français, on pourra voir, entendre et applaudir quelque nouvel automate de ce genre, devenant, par la voix, par le costume et par le geste, le Sosie de Got ou de Mlle Krauss, et répétant les vers frémissants de Corneille ou les mélodies de Verdi..... préalablement emmagasinés dans la boîte d'un phonographe.

C'est ainsi que, réduisant toutes les questions à un problème de physique ou à une équation d'algèbre, la science dissipe tous les mystères de cet inconnu, dans lequel l'imagination de l'homme aimait à se reposer. Elle emporte tout dans sa marche vertigineuse, l'art, qui est le charme de la vie, la poésie, qui en est le rêve, et même le théâtre, qui en est l'illusion!

Dr Ch. Eloy.

---

Asiles d'aliénés de la Seine. — Un concours public pour la nomination à trois places d'interne titulaire en médecine des asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Vaucluse et Ville-Évrard) sera ouvert, le lundi 5 décembre 1881, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris.

Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 3 novembre 1881 jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement.

La durée des fonctions sera de trois ans. Les candidats nommés recevront, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, un traitement annuel de 800 francs.

Il sera nommé, à la suite dudit concours, dans l'ordre de mérite, trois internes provisoires qui seront chargés de remplacer les titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. La durée de leurs fonctions est d'une année à partir du 1er janvier 1882.

## COURRIER

École dentaire de Genève. — Nous avons reçu l'avis suivant de la fondation d'une École dentaire à Genève, en même temps que le règlement de cette École : enseignement, conditions d'admission, dispositions financières, examens, etc.

Genève, le 26 septembre 1881.

Monsieur et cher confrère,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que le Gouvernement du canton de Genève vient de créer, par la loi du 9 juillet 1881, une École scientifique et professionnelle d'art dentaire.

Cette École, par son organisation, par le vaste champ d'études qu'elle embrasse et par les épreuves sérieuses qu'elle impose pour l'obtention du diplôme, constitue une véritable Faculté dentaire.

Il y a tout lieu de croire que cette nouvelle institution, grâce aux ressources que lui assurent l'État et notre Université, obtiendra un légitime succès et rendra de grands services aux personnes qui veulent étudier l'art dentaire d'une manière complète et rationnelle.

Désirant élever le plus possible le niveau scientifique de cette branche de la médecine, j'ai accepté la présidence de la commission de l'École, et c'est en cette qualité que je m'adresse à vous pour vous prier de vouloir bien faire connaître l'existence de cet établissement par les moyens qui sont à votre disposition.

Persuadé que cette question ne peut que vous intéresser, je vous remercie d'avance et vous prie d'agréer l'assurance de ma parfaite considération.

*Le président de la Commission :*

Dr Laskowski,

Professeur à la Faculté de médecine.

L'ouverture de cette École aura lieu le vendredi 21 octobre prochain. Les examens d'admission se feront du 15 au 20.

Le programme des cours, pour le semestre d'hiver 1881-82, comprend :

1° Des cours donnés à la Faculté de médecine, par MM. Laskowski, *anatomie générale ;* Schiff, *physiologie ;* Zahn, *anatomie pathologique générale ;* Julliard, *clinique chirurgicale ;* Eternod, *histologie normale, anatomie normale et pathologie de la cavité buccale et de l'appareil dentaire, travaux pratiques d'histologie normale et pathologique.*

2° Des cours donnés à la Faculté des sciences, par MM. Wartmann, *physique ;* Grœbe, *chimie inorganique ;* Monnier, *chimie analytique, travaux au laboratoire.*

3° Des cours donnés à l'École dentaire, par MM. Redard, *clinique dentaire, soins de la bouche et de l'appareil dentaire, opérations, anesthésie ;* Marcelin, *obturation, aurification, prothèse ;* X..., maître mécanicien, *travaux pratiques dans les ateliers.*

4° Des cours libres, par MM. Weber, *thérapeutique et matière médicale, appliquée à l'art dentaire ;* Willemin, *pathologie de la cavité buccale et de l'appareil dentaire.*

Toutes les demandes de renseignements doivent être adressées au Département de l'Instruction publique ou à l'École dentaire de Genève. La Commission de l'École dentaire a pour président M. le docteur Laskowski, professeur ordinaire à la Faculté de médecine, et pour membres, MM. Vulliet, Raoul Pictet, J. Marcelin et C. Redard.

—

Le choléra. — Par décision du gouverneur général de l'Algérie, le pèlerinage de la Mecque sera interdit cette année aux Algériens.

Cette décision est fondée sur l'avis du Comité d'hygiène, consulté par le ministre de l'agriculture et du commerce sur les mesures à prendre en présence de l'apparition du choléra à Aden.

En prononçant cette interdiction, le gouverneur général explique, par une note qui paraîtra dans le *Mobacher*, que cette mesure, justifiée par les précédents de 1874 et de 1875, est imposée par l'intérêt de la santé publique.

La plus rigoureuse exécution des prescriptions du décret du 27 février 1876, en ce qui concerne les quarantaines, sera en outre ordonnée.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 4 octobre. — M. Bouley a merveilleusement rempli la séance, en défendant contre M. Leblanc l'inoculation de la péripneumonie contagieuse. Continuation de la grande querelle entre les faits positifs et les faits négatifs; relation d'une série d'expériences faites par M. Wilhems, inventeur de l'*inoculation critère*, et dont les résultats, dit l'orateur, n'ont pas été « démolis » par son adversaire; étude des conditions diverses qui peuvent, dans certains cas, priver l'inoculation de sa vertu préservatrice. M. Leblanc a dit que l'opération, pratiquée dans les régions du corps où elle est mortelle, ne donne pas aux bestiaux la péripneumonie. M. Bouley lui répond par cette remarque très judicieuse, qu'une maladie n'est pas constituée par sa lésion anatomique : témoin le *variolæ sine variolis* de Trousseau. L'inoculation ne produit pas, il est vrai, la lésion pulmonaire caractéristique; mais cette lésion n'est pas plus la maladie que l'éruption des plaques de Peyer n'est la fièvre typhoïde. L'orateur pouvait dire aussi, en se plaçant à un autre point de vue, que le vaccin ne donne pas exactement la variole, et que néanmoins il en préserve. Enfin, M. Leblanc a soutenu que la péripneumonie peut se développer spontanément; M. Bouley se déclare adversaire convaincu de la spontanéité des maladies contagieuses, y compris la peste bovine et la rage.

Une autre question, traitée par le même orateur, a captivé l'Académie, et l'a menée sans fatigue jusqu'à une heure avancée : c'est la relation des expériences nouvelles auxquelles M. Bouley vient d'assister, à Chaumont, sur l'inoculation préventive du charbon symptomatique, et sur les découvertes importantes des vétérinaires lyonnais, MM. Arloing, Cornevin et Thomas.

— Le scepticisme est dangereux et souvent mal interprété. Il risque d'être blâmé par les hommes de progrès, applaudi par les retardataires et les paresseux. Cependant, s'il est inspiré par la prudence et par l'amour de la vérité, il ne doit irriter que les téméraires ou les chercheurs de publicité malsaine.

Nous avons montré quelque scepticisme à l'égard d'expériences encore trop peu démonstratives pour mener à des conclusions sérieuses. Non qu'il fût dans notre pensée de nous inscrire en faux contre certaines propositions hardies qui demain peut-être nous sembleront moins extraordinaires, ni de contester la compétence ou l'habileté de leurs auteurs. Mais il nous était permis, sans vouloir blesser ni décourager personne, de demander un peu plus de réserve dans la publication d'aphorismes aussi révolutionnaires que celui de M. Toussaint, par exemple : « Aucune maladie contagieuse ne possède une plus grande virulence que la tuberculose. » A vrai dire, c'est le lapin qui a commencé; c'est lui, ce classique et inévitable témoin de toutes les opinions physiologiques, c'est lui qui, par la complaisance qu'il met à mourir tuberculeux après des inoculations banales ou septicémique pour une injection d'eau claire, est la cause de cette éclosion d'idées nouvelles en pathologie générale, et sera encore, dans l'avenir, l'auteur inconscient de malentendus sans nombre.

Aujourd'hui, nous demandons encore à rester sceptique, jusqu'à nouvel ordre, à l'égard d'un travail que M. Baréty vient de publier dans la *Gazette médicale* (n° 36 et suiv.), et dont nous sommes loin de nier les conclusions, d'abord parce que nous avons une entière confiance dans la bonne foi de l'auteur, ensuite parce que nous avons pour devise le *Nil mirari* d'Horace, pris dans le sens le plus large qu'on puisse lui donner. Nous pensons toutefois qu'il faut beaucoup de philosophie pour ne pas s'étonner des résultats annoncés par notre confrère, et qu'en présence de faits si extraordinaires, établis avec tant de précision, dans un ordre d'idées où abondent les causes d'erreur, un esprit positif doit rester longtemps sur la défensive.

M. Baréty donne à son mémoire un titre sérieux : *Neurologie.* Il étudie « *les propriétés physiques d'une force particulière du corps humain* (*force neurique rayon-*

*nante), connue vulgairement sous le nom de magnétisme animal* », propriétés qu'il a pu déterminer par l'observation, prolongée pendant plus de six mois, d'une jeune fille de 18 ans qui souffrait de troubles nerveux multipliés, mouvements convulsifs, accès de somnambulisme, douleur épigastrique, hypéresthésie du cuir chevelu, suppression des règles, contractures diverses, etc. Ses recherches, entreprises avec rigueur, sincérité, sans aucune idée préconçue, lui font penser qu'il a surpris la *force nerveuse* dans une série de manifestations depuis longtemps exploitées par les magnétiseurs, et que la science a jusqu'ici refusé d'admettre. Cette force n'existe pas seulement à l'état statique dans les éléments nerveux (*neuricité* de Lewes et de Vulpian) et à l'état adynamique dans les fibres nerveuses où elle semble circuler, mais encore elle s'épanche au dehors, et peut être étudiée sous sa forme rayonnante, dans les conditions où l'auteur s'est trouvé. Car il pouvait « à distance, et par sa seule présence, modifier l'état de la sensibilité et des mouvements de sa jeune malade au milieu des plus fortes crises. »

En suivant pas à pas notre confrère, nous allons marcher de surprise en surprise. La force neurique rayonnante émane du corps humain par trois points principaux, les yeux, les doigts, le souffle pulmonaire. Elle s'échappe, comme l'électricité, par les pointes, sauf par le bout du nez. Les surfaces planes du corps ne sont le siège d'aucun rayonnement.

Les doigts ou les yeux maintenus fixes et dirigés à une distance variable vers un point du corps d'un sujet *prédisposé*, vers le dos de la main par exemple, produisent l'anesthésie de la région visée; le souffle pulmonaire y produit l'hypéresthésie. Quand le souffle cesse, l'hypéresthésie persiste à l'état latent, et les *rayons neuriques* digitaux ou oculaires l'y réveillent à volonté. De telle sorte qu'après avoir soufflé, on a un *sujet récepteur* qui peut servir aux expériences. Si je dirige vers la région préparée un seul doigt, la malade accuse une piqûre; deux doigts, deux piqûres. Si je la regarde avec un œil, piqûre simple; avec les deux yeux, piqûre double.

De là une comparaison en règle entre les rayons neuriques digitaux, oculaires ou pneumiques, et les rayons de chaleur ou de lumière. Les rayons neuriques se propagent dans l'air en ligne droite; ils font un angle de réflexion égal à l'angle d'incidence, et dans un même plan normal à la surface (expérience faite en visant un miroir, un plafond, un mur, une fenêtre; moins d'intensité dans ce dernier cas, un partie des rayons traversant le carreau). Ils augmentent d'intensité en traversant une lentille biconvexe; ils sont réfractés par les prismes et forment un cône spectral dont la hauteur est en moyenne de 1 mètre 60. Les diverses couleurs laissent passer plus ou moins les rayons; il y a des couleurs *dianeuriques* et des couleurs *aneuriques;* et ce pouvoir diamagnétique des couleurs est en rapport avec leur pouvoir absorbant ou emmagasinateur. En effet, si, après avoir dirigé des rayons digitaux ou oculaires sur une feuille de papier coloré, on la présente par un de ses angles à la *main-réactif* du sujet récepteur, on provoque une sensation douloureuse, et les feuilles de couleur qui donnent ainsi la réaction la plus forte sont précisément celles qui possèdent le plus grand pouvoir dianeurique. Les plaques métalliques interceptent les rayons par leurs faces; la pointe d'une aiguille en or, *neuricisée* préalablement, agit à la distance de 10 à 12 centimètres. Expériences variées avec la laque de Chine, le soufre, l'écorce de quinquina, le sulfate de quinine, etc. Mais les rayons traversent encore bien d'autres choses, une porte, un châle plié en huit, un mur en maçonnerie d'une épaisseur de 80 centimètres, et ce, à la distance de plus d'un mètre et en quelques secondes. Tous ces objets, bons conducteurs de la force neurique et pouvant l'emmagasiner, placés entre les mains d'une tierce personne dénuée du pouvoir neurique rayonnant, restent neutres. Le corps d'une personne dénuée de ce pouvoir ne se laisse pas traverser; mais il est bon conducteur, de telle façon que, si je souffle sur les doigts du sujet neutre par lui-même pendant que les doigts de son autre main sont dirigés vers la main-réactif du sujet récepteur, celui-ci accuse aussitôt une douleur plus ou moins vive. Enfin, si on réunit son propre pouvoir à celui d'un sujet capable d'émettre des rayons neu-

riques, on obtient des effets plus marqués; il serait donc possible de constituer des appareils ou *batteries humaines* analogues aux batteries électriques formées d'un nombre variable d'éléments.

Tous ces faits, condensés dans une courte analyse, manquent de lumière et d'espace; ils ont besoin, nous le reconnaissons, de n'être pas ainsi mis à nu et dépouillés des minutieux détails qui, dans le travail de M. Baréty, les accompagnent et leur donnent de la vraisemblance. Néanmoins, cette lecture inattendue nous a rappelé combien il arrive souvent qu'un médecin même instruit se laisse tromper par une hystérique. Nous n'avons, encore une fois, d'autre intention que d'exprimer un doute philosophique.

En répétant ses expériences dans l'obscurité, M. Baréty s'est assuré que les rayons neuriques ne sont pas lumineux. Nous n'en sommes pas très étonné, mais nous le regrettons. Car, s'ils étaient lumineux, notre confrère les aurait vus; et s'il les avait vus, nous serions plus sûr de leur existence. — L.-G. R.

# PATHOLOGIE

## NOTE SUR L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES;

**Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 22 juillet 1881,**

Par M. V. CORNIL, médecin de la Pitié.

J'ai eu à ma disposition depuis deux ans une quantité assez considérable d'amygdales hypertrophiées enlevées, soit par plusieurs de mes collègues des hôpitaux, MM. Lannelongue, Périer, soit par moi, chez des enfants ou de jeunes sujets. Ces lésions remontaient, en général, à une ou plusieurs années.

Ces amygdales, dont le volume est variable, mesurent en longueur de 25 à 35 millimètres; en largeur, de 20 à 25, et de 15 à 20 en épaisseur. Ces dimensions sont prises sur des pièces qui ont séjourné déjà dans l'alcool et qui ont subi une certaine rétraction sous l'influence de ce liquide. Leur surface est habituellement très lisse, rosée, sans aspérités; on y voit les orifices des dépressions amygdaliennes.

Sur une surface de section perpendiculaire à leur surface libre, et dirigée suivant leur grand axe, on obtient, à l'état frais, c'est-à-dire aussitôt après l'ablation, une coupe dont la couleur est gris-rosé; les fentes des dépressions sont faciles à constater et à suivre jusqu'à la limite postérieure de l'amygdale, ou plutôt jusqu'à la surface de section due à l'amygdalotome. Il n'existe jamais, dans ces amygdales hypertrophiées, de grandes cavités kystiques ni de dilatation des dépressions comme on en trouve si souvent dans les amygdales des adultes. Les cavités qui sillonnent l'amygdale de sa surface à sa profondeur sont réduites à de simples fentes, ce qui est dû à l'hypertrophie considérable de toute la substance glandulaire. En examinant avec attention cette surface de section, on voit le plus souvent à l'œil nu les follicules qui sont volumineux, et quelquefois opaques et un peu jaunâtres à leur centre. Cet aspect caséeux du centre des follicules donne à ces amygdales une apparence analogue à celle des ganglions lymphatiques hypertrophiés dans la scrofule.

Les sections des pièces durcies, examinées à un faible grossissement (de 10 à 20 diamètres), permettent d'étudier très facilement la disposition générale de ces organes hypertrophiés. Sur les coupes perpendiculaires à la surface, et passant par le grand diamètre longitudinal, on trouve d'abord le revêtement épithélial et le chorion muqueux qui appartiennent à la muqueuse du pharynx et qui tapissent la couche superficielle de follicules clos appartenant à l'amygdale. Lorsque la section a passé à travers l'ouverture d'une dépression, on suit celle-ci, depuis son goulot jusqu'à une certaine profondeur, à travers la préparation. On voit alors que la fente, ou espace libre qui correspond à la dépression, est étroite et contient quelques cellules desquamées et quelques cellules lym-

phatiques ou cellules salivaires. Le bord de ces fentes présente un revêtement épithélial et une muqueuse semblable à celle de la surface de l'amygdale, et qui se continue directement avec elle à l'orifice des dépressions. Au-dessous de cette muqueuse et le long des fentes existent le tissu réticulé et les follicules de l'amygdale. L'épaisseur du tissu conjonctif de la muqueuse, du tissu réticulé et des follicules qui la doublent est plus considérable qu'à l'état normal; les follicules y sont très volumineux. Chaque système représentant une dépression, sa muqueuse et le tissu réticulé est séparé de ses voisins par du tissu conjonctif, par des cloisons fibreuses qui émanent de la capsule fibreuse de l'amygdale. Ces cloisons de séparation sont aussi plus épaisses qu'à l'état normal.

Lorsqu'on étudie avec de faibles grossissements des coupes transversales, c'est-à-dire parallèles à la section de la base de l'amygdale produite par l'amygdalotome, les dépressions se présentent soit comme de petits cercles contenant les éléments indiqués précédemment, soit comme des fentes circulaires limitées à leur périphérie par la muqueuse et le tissu réticulé.

Avec les faibles grossissements, sur les coupes longitudinales et transversales, on apprécie très bien, lorsqu'on les compare à des préparations analogues de l'amygdale normale, l'augmentation considérable du tissu réticulé des follicules, et du tissu conjonctif appartenant soit à la muqueuse superficielle, ou à la muqueuse des dépressions et aux cloisons. On peut distinguer en outre, avec ces grossissements, la disposition des follicules. Ceux-ci sont arrondis, sphéroïdes ou ovoïdes, presque tous d'égal volume. Leur bord est très nettement accusé. Sur les préparations faites à l'état frais, sans addition de substances colorantes, les follicules sont souvent opaques à la lumière directe, ce qui est dû surtout à la présence d'une grande quantité de fines granulations graisseuses dans leurs cellules, ainsi que nous le verrons bientôt. Le séjour des pièces dans l'alcool et la coloration au carmin font disparaître presque complètement ces granulations; mais sur les pièces préparées en employant ces réactifs, les follicules n'en sont pas moins parfaitement distincts, parce que le tissu réticulé qui les entoure est beaucoup plus compact qu'à l'état normal, ses fibres sont plus épaisses et ce tissu se colore d'une façon très intense par le carmin, tandis que le follicule lui-même reste jaune rouge lorsqu'on a coloré les coupes avec le picro-carmin.

Nous pouvons maintenant étudier en détail les diverses parties de l'amygdale que nous venons d'énumérer.

*Muqueuse superficielle de l'amygdale.* — Le revêtement épithélial est peu épais et normal. Il est rare que le réseau papillaire du chorion muqueux soit bien développé comme à l'état normal. Le plus souvent, sur les coupes, le chorion muqueux se limite, au niveau de l'épithélium, par une surface plane. Exceptionnellement les papilles sont partiellement plus développées qu'à l'état normal. Mais, d'une façon générale, les papilles manquent, la muqueuse est étalée et repoussée par l'hypertrophie de la glande. L'absence de papilles et cette tension de la muqueuse donnent à la surface de l'amygdale cet aspect lisse et poli qui est la caractéristique habituelle de la lésion que nous étudions.

Le chorion muqueux était plus épais qu'à l'état normal, mais il ne présentait pas de cellules lymphatiques épanchées entre ses fibres comme cela a lieu dans toutes les amygdalites aiguës ou subaiguës dues soit au froid, soit aux diverses maladies infectieuses qui portent leur action sur la muqueuse du pharynx. L'épaississement du chorion était causé par l'épaississement des faisceaux fibreux eux-mêmes. Ceux-ci, enchevêtrés, à direction généralement parallèle à la surface, se présentaient, après le durcissement des pièces et la coloration des coupes au carmin, comme de larges travées hyalines, transparentes, réfringentes, et colorées en rose. Ils étaient séparés par des cellules de tissu conjonctif plus ou moins aplaties.

*Muqueuse des dépressions.* — La muqueuse qui revêt les dépressions amygdaliennes présente à considérer les mêmes modifications; les papilles y sont rarement

visibles; le chorion muqueux est sclérosé, et il contient des faisceaux de fibres de tissu conjonctif très épais. L'épithélium de revêtement est normal. Les dépressions et fentes qui sont tapissées par la muqueuse à l'intérieur de l'amygdale, contiennent quelques cellules épithéliales desquamées, des cellules lymphatiques ou corpuscules salivaires et des microbes, micrococcus et baccillus, mais en très petite quantité, car les cavités dont il s'agit sont rétrécies et leurs parois opposées sont presque au contact. L'hypertrophie de tout le tissu réticulé et des follicules est telle que les cavités amygdaliennes sont plus étroites qu'à l'état normal. Aussi ne trouve-t-on pas dans ces amygdales de kystes ou de grandes loges remplis de débris de cellules et de microbes ayant un aspect caséeux. La présence de ces masses caséeuses dans les dépressions amygdaliennes est, comme on le sait, une chose très commune chez les adultes, même indépendamment de tout état pathologique.

*Tissu réticulé et follicules.* — Le tissu réticulé à larges mailles qui se trouve immédiatement en rapport avec le chorion muqueux, soit au-dessous de la muqueuse superficielle, soit au-dessous de la muqueuse qui revêt les dépressions est formé à l'état normal de fibrilles fines, et il est parcouru par des vaisseaux. Dans l'hypertrophie amygdalienne, ce tissu présente en outre une quantité de faisceaux épais de tissu conjonctif, faisceaux analogues à ceux que nous venons de décrire dans le chorion muqueux et présentant la même disposition. Ces faisceaux sont surtout nombreux et pressés autour des vaisseaux, en sorte qu'on a affaire à une véritable sclérose péri-vasculaire. Les faisceaux de tissu conjonctif sont d'autant plus nombreux dans ce tissu réticulé que l'hypertrophie des amygdales est plus accusée et plus ancienne. Les faisceaux se présentent sur les pièces durcies suivant une section longitudinale, transversale ou oblique suivant le sens de la section. Le plus souvent, lorsque la coupe est transversale, ils sont aussi coupés transversalement, de telle sorte que leur direction générale est semblable à celle des septa ou cloisons qui partent de la capsule périphérique de l'amygdale et qui séparent les groupes de follicules. Le tissu réticulé à larges mailles transformé ainsi en un tissu fibreux présente encore dans ses mailles quelques cellules lymphatiques, rondes et petites, normales, possédant un petit noyau sphérique. Ce tissu s'arrête à la périphérie des follicules.

*(La fin au prochain numéro.)*

## Congrès médical international

### Section d'otologie.

*De la valeur des opérations dans lesquelles on incise la membrane du tympan.* — M. Paquet (de Lille) lit un mémoire sur une modification de la myringodectomie contre la sclérose de l'oreille. Cette modification consiste dans une combinaison du procédé de Weber Liel, dans lequel on fait la section du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan et du procédé dans lequel on pratique une incision avec ou sans excision d'une partie de la membrane. Cette opération a le double avantage de créer une ouverture permanente et de diviser le muscle tenseur du tympan.

Le procédé est le suivant : une ponction est faite à 1 millimètre 1/2 au devant du marteau, et la membrane est divisée obliquement en bas et en arrière, de façon à ce que l'extrémité inférieure de l'incision soit située à moitié chemin entre le centre et la périphérie, et dans un point où une ligne tirée du centre verticalement en bas le rencontrerait. Cette incision divise non seulement la membrane, mais aussi le tendon réfléchi du muscle tenseur, ou au moins le ligament tenseur de Toynbee. Puis on fait une seconde incision dans le segment postérieur, à 2 millimètres du manubrium et parallèlement à lui, puis qui passe en avant pour rejoindre l'extrémité inférieure de la première incision. En maintenant une portion de l'extrémité inférieure du V formant un rideau ainsi taillé, la perforation est rendue durable.

M. Guye divise les cas auxquels la myringodectomie est applicable en 4 classes : 1° dans les inflammations aiguës avec pus ou muco-pus dans la cavité tympanique ; 2° dans les inflammations subaiguës ou chroniques avec accumulation d'un mucus tenace ; 3° dans le catarrhe chronique végétant, accompagné de phénomènes nerveux, comme le vertige, tintements

d'oreilles, etc; 4° dans certains cas anormaux, comme par exemple ceux dans lesquels, par suite de la béance de la trompe d'Eustache, le liquide s'échappe dans le pharynx aussitôt sécrété, et ainsi ne s'accumule pas en quantité suffisante pour amener la rupture de la membrane du tympan par compression, mais assez pour causer de violentes douleurs.

M. Lœwenberg propose d'ajouter à ces cas ceux d'inflammation des cellules mastoïdiennes; la myringodectomie jugule alors l'inflammation et soulage la douleur. La longue discussion qui suivit n'amena que peu de lumière sur les cas du troisième groupe de M. Guye auxquels la myringodectomie est applicable. M. Dalby et M. Pritchard déclarèrent que la plupart des chirurgiens étaient opposés à l'opération dans ces cas. Personne ne cita de cas à l'appui de l'opération; M. Jones (de Chicago) ne la considère pas comme exempte de danger, et M. Cassells, dans sa longue carrière, n'a jamais vu un malade chez lequel il en ait reconnu l'utilité.

*Des excroissances morbides de l'oreille et de leur traitement.* — M. Cassells insiste surtout sur l'étiologie de cette affection; il établit une distinction entre l'exostose et l'hyperostose de l'oreille, la première étant une néoplasie et la seconde une hyperplasie; elles diffèrent d'origine, de forme, de structure et de nombre. Lorsqu'il existe une maladie de l'oreille en même temps que l'hyperostose, il n'y a pas entre elles de relation de cause à effet; elles peuvent être complètement indépendantes l'une de l'autre. Toutefois, la plupart des médecins auristes ont vu des cas dans lesquels il était évident que l'hyperostose consécutive avait été causée par un catarrhe purulent de l'oreille moyenne.

Dans la discussion qui suivit, les orateurs laissèrent un peu de côté la distinction établie entre l'exostose et l'hyperostose qu'ils confondirent sous le terme général d'exostose. M. Turnbull (de New-York) donna une classification très détaillée et très nette des tumeurs de l'oreille, en indiquant le traitement le plus efficace. M. Guye pense que les exostoses multiples n'obstruent jamais complètement le méat; aussitôt que les tumeurs atteignent un volume suffisant pour arriver au contact l'une de l'autre, elles cessent de s'accroître, laissant ainsi un petit canal central. M. Lœwenberg mentionna un cas curieux dans lequel les exostoses, sans se toucher, étaient réunies par de minces ponts de tissu osseux. Le traitement de l'hyperostose par le foret du dentiste fut considéré généralement comme le meilleur. Le docteur Pritchard rapporta à ce sujet un cas dans lequel, après avoir évidé ainsi la tumeur, celle-ci fut ensuite traitée par des attouchements avec une solution faible d'acide nitrique. Au bout de deux mois environ, l'os était tellement ramolli qu'on put détacher la tumeur en la brisant.

M. Knapp donne les résultats de l'examen de 250 crânes de maçons en Amérique. Chez 44, il trouva des exostoses rugueuses et toutes situées sur la paroi postérieure. On supposa qu'elles étaient produites par l'irritation mécanique de corps étrangers restés longtemps dans le conduit auditif externe. MM. Gellé et Lœwenberg arrivent à des conclusions opposées relativement à la fréquence des exostoses auriculaires en France, le premier les considérant comme très rares et le dernier comme très communes.

M. Gellé montre les dessins des exostoses qu'il a trouvées dans les conduits auditifs de 60 crânes de Têtes-Plates et de Péruviens préhistoriques du Musée d'anthropologie de Paris; 16 de ces crânes offrent des altérations graves et des exostoses multiples et souvent bilatérales de la portion osseuse du conduit.

*Surdité sans affection pathologique de l'oreille externe.* — M. Gellé nie la possibilité de conclure des résultats de l'auscultation par voie osseuse à l'état du labyrinthe. L'intérêt de sa communication réside dans la présentation de dix observations de cet ordre, et dans l'exposé de plusieurs signes cliniques nouveaux, les uns permettant de pousser l'exploration de la sensibilité acoustique à sa dernière limite, et les autres trahissant les moindres lésions de l'appareil d'accommodation de l'oreille, tous éclairant le diagnostic par exclusion des lésions labyrinthiques ou de la surdité nerveuse centrale.

M. Stevens lut un travail intéressant sur certaines conditions de l'œil comme cause de perte de l'ouïe par irritation réflexe. M. Knapp rapporta un cas de surdité consécutive aux oreillons, et émit l'opinion que les autres affections les plus capables d'affecter la partie molle du nerf étaient la méningite cérébro-spinale et la syphilis. M. Barr s'efforça de réunir les causes de la surdité nerveuse en trois groupes : 1° les affections de la cavité tympanique, envahissant secondairement le nerf acoustique; 2° la syphilis; 3° les troubles congestifs.

M. Knapp rapporta des expériences intéressantes sur la perte de la vision et de l'audition consécutive à l'emploi de fortes doses de quinine, perte temporaire dans les deux cas. Il pense que le poison agit sur les centres nerveux. M. Dalby fut d'avis que, bien que les effets de la quinine sur l'oreille, même à larges doses, soient temporaires, l'emploi continu de fortes doses peut produire des troubles permanents de l'ouïe. M. Jones (de Chicago) dit n'avoir jamais vu un cas où l'emploi continu de la quinine ait produit de mauvais effets, et pense

que dans ces cas on ne tient pas assez compte des effets du poison palustre. Si la quinine agissait en mal sur l'ouïe, ce serait comme fait l'emploi longtemps continué de tous les stimulants (thé, café, tabac, etc.) en épuisant le système nerveux.

M. Lucæ présenta des remarques judicieuses sur le diagnostic physique dans les cas de surdité avec un état sain de l'oreille externe et interne, et M. Stevens sur certaines conditions des yeux comme cause de surdité par irritation réflexe.

*Sur les fonctions de la trompe d'Eustache.* — M. Ed. Fournié est d'accord avec les physiologistes qui pensent que les principales fonctions de la trompe d'Eustache sont de faire pénétrer l'air dans la cavité tympanique de façon à maintenir l'air contenu dans la cavité en équilibre avec l'air extérieur et de permettre la sortie des sécrétions formées dans sa cavité. En outre, il croit que l'une des fonctions essentielles de la trompe est de prévenir une résonnance désagréable des bruits extérieurs et intérieurs. Par certaines expériences, il croit pouvoir prouver qu'il en est ainsi et que les muscles qui sont ordinairement considérés comme dilatateurs sont en réalité obturateurs de la trompe.

M. Rumbull n'admet pas l'opinion de M. Fournié, mais pense que dans la cavité tympanique l'air est toujours dans un état de légère raréfaction, ce qui maintient la membrane du tympan tendue et un peu concave. Il pense que la trompe est toujours légèrement ouverte, et non pas seulement pendant la déglutition. Il cite diverses expériences à l'appui de sa manière de voir. M. Cassells présenta quelques observations à ce sujet.

*Action de la syphilis sur l'oreille*, par F. M. Pierce. — Les effets de la syphilis congénitale et acquise sur l'oreille sont moins bien étudiés que ses effets sur l'œil, les dents, la peau, etc. Les affections syphilitiques de l'oreille sont analogues à la cornéo-iritis et à l'amaurose. Les signes et symptômes des affections syphilitiques de l'oreille doivent être considérés en même temps que l'histoire et les signes collatéraux de la syphilis, ainsi que l'inefficacité du traitement anticatarrhal destiné à remédier à des symptômes de catarrhe apparent.

Les symptômes tenaces de la syphilis de l'oreille sont-ils dus à une périostite des parties ou à une forme proliférante de l'inflammation des membranes muqueuses intéressées? Dans le premier cas, les affections des os (mastoïde, pétreux et temporal) avec complication interne, devraient être plus communes que les catarrhes de l'oreille moyenne.

Les ulcérations primitives de l'oreille sont très rares. Les éruptions secondaires, squameuses, pustuleuses et papuleuses sont communes.

La syphilis de l'oreille moyenne est plus souvent caractérisée par un catarrhe avec prédominance marquée des symptômes anormaux du nerf auditif, et chez les adultes, donne à penser à la syphilis acquise ou héréditaire comme cause prédisposante. L'auteur cite 40 cas de syphilis acquise affectant l'oreille.

La syphilis congénitale se manifeste de 11 à 18 ans en moyenne. Elle est plus fréquente chez les femmes, dans la proportion de 4 à 1. L'invasion de la surdité, progressive, mais rapide, a lieu de 3 semaines à 1 an; elle commence vers la puberté chez les femmes, un peu plus tard chez l'homm .

La membrane du tympan est terne, perlée, opaque, la tâche claire, large et sombre, et le manche du marteau, rouge, plat et rétracté; le méat est sec et poli, le canal nasal gonflé avec épaississement chronique et de l'écoulement.

La surdité est généralement précédée par de la kératite interstitielle chronique dont la guérison annonce l'invasion d'une surdité intense très rebelle. La carie précoce des dents, caractéristique de la syphilis congénitale, donne lieu aux douleurs d'oreilles.

Les effets de la syphilis congénitale de l'oreille ont été notés dans 35 cas par l'auteur.

M. Knapp présenta un tympan artificiel formé d'ouate, et auquel il attribue les avantages suivants : 1° il améliore l'audition; 2° il protège la cavité tympanique contre l'air extérieur; 3° en absorbant les sécrétions aussitôt qu'elles sont formées, il facilite le retour de la cavité tympanique à son état normal. D'autres formes de tympan artificiel furent présentées par divers membres (nous citerons, entre autres, le tympan artificiel liquide de M. Michael), montrant ainsi que, si celui d'ouate est le meilleur, aucune espèce ne convient à tous les cas.

M. Gardner Brown démontre ensuite une méthode ingénieuse pour évaluer l'acuité auditive à l'état normal et pathologique. L'auteur a conçu l'idée que le point, dans la diminution de l'amplitude des vibrations, correspondant au moment de la cessation de leur perception par le toucher dans le pouce et l'index de l'examinateur, forme un excellent moyen de se renseigner sur l'acuité auditive du patient.

M. Gellé a présenté également une étude sur le retard de l'accommodation de l'oreille. Deux sons identiques, l'un fort et le deuxième très faible, mais que le sujet peut entendre, sont lancés par un courant dans un téléphone placé à l'oreille du patient; les deux sons se succèdent brusquement. Le premier son est perçu, mais le second n'arrive souvent à l'être

que tardivement, longtemps après son émission; c'est le temps nécessaire pour l'adaptation de l'appareil auriculaire à la nouvelle intensité sonore. M. Gellé met en regard de ces troubles fonctionnels les lésions trouvées, et indique la valeur clinique de ce nouveau procédé d'exploration de l'organe de l'ouïe.

M. Boucheron fait une communication sur la surdi-mutité par *otopiesis* (compression du nerf acoustique) et sa guérison par le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Chez les sourds-muets intelligents, M. Boucheron admet que la surdité est la conséquence d'une affection de l'oreille qui évolue plus ou moins insidieusement dans les premiers temps de la vie. Cette affection détermine une compression du nerf acoustique qui, à la longue, s'atrophie, mais qui n'est d'abord qu'anesthésié, état curable si la compression est relâchée en temps utile. La compression a pour point de départ une obstruction de la trompe d'Eustache, causée elle-même par un catarrhe naso-pharyngien à répétitions. Dans le traitement, il faut donc : 1° faire cesser le vide de la caisse, en y faisant pénétrer de l'air par le cathétérisme de la trompe ou par la perforation du tympan, aussitôt qu'on s'aperçoit de la surdité 2° employer une médication convenable contre le catarrhe naso-pharyngien. Plusieurs cas de guérison ont été obtenus par cette méthode.

D'autres mémoires furent encore lus ou présentés à la section par MM. Fitz Gerald, sur les bruits objectifs dans l'oreille; — Sapolini, sur le mode de transmission des ondulations sonores au nerf acoustique; — Gardner Brown, sur les facteurs acoustiques de la conque de l'oreille humaine; — Lœwenberg, sur des cas difficiles de cathétérisme de la trompe et une méthode facilitant l'opération dans ces cas; — Woakes, sur la surdité parésique; — Barr : Accumulations caséeuses dans l'oreille moyenne considérées comme une cause probable du tubercule miliaire; — Mac Bride : Quelques-unes des difficultés qui se présentent dans le diagnostic, le pronostic et le traitement d'une certaine forme de surdité de l'oreille moyenne; — Arthur Kinsey ; Des moyens d'éviter la mutité quand elle survient à la suite de la perte de l'ouïe; — Sexton : Une nouvelle sonde pour la trompe d'Eustache; — Weber Liel, sur la valeur des méthodes généralement adoptées pour faire passer de l'air ou des liquides dans la cavité tympanique, comparée avec celle de la méthode qui consiste à les faire passer directement dans la cavité au moyen du Koniantron, avec la démonstration de la méthode.

M. Gellé montre, sur des dessins schématiques, le développement du tympan chez le fœtus de 2 mois, et de 4 et 5 mois; il montre comment se trouve formée la membrane flaccide, ou de Schrapnell, ses rapports avec la muqueuse tympanique et avec la chaîne des osselets de l'ouïe. Il fait suivre ceci de considérations pathogéniques et d'adaptations à la clinique auriculaire.

MM. Gellé et Urban Pritchard démontrèrent encore quelques préparations de l'organe de Corti et de l'oreille interne.

L.-H. Petit.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. le Secrétaire perpétuel informe l'Académie que Mme Mattei tient à sa disposition la partie médicale de la bibliothèque de son mari, pour se conformer au désir exprimé par celui-ci à ses derniers moments. La collection ainsi léguée par le docteur Mattei à l'Académie de médecine renferme, dit M. le Secrétaire perpétuel, un grand nombre d'ouvrages précieux relatifs à l'obstétrique.

M. Baudrimont présente, au nom de M. Duquesnel, pharmacien à Paris, un travail manuscrit sur l'hyoscyamine cristallisée.

M. Bouley présente au nom de M. le docteur Prosper de Pietra Santa et M. Max de Nansouty, une brochure intitulée : *La crémation.*

M. Marey offre en hommage un volume intitulé : *La circulation à l'état physiologique et à l'état pathologique.*

M. Fauvel présente, au nom de M. A.-J. Martin, une brochure intitulée : *Rapport sur une mission à Turin, afin de prendre part aux travaux du Congrès international d'hygiène en 1880.*

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) présente, au nom de M. le docteur Chauvel, une brochure relative à l'élongation des nerfs.

M. Constantin PAUL lit un rapport officiel sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

—

M. BOULEY répond aux objections que M. Leblanc a faites, dans la dernière séance, à l'inoculation de la péripneumonie des bêtes à corne.

M. Leblanc, dit-il, s'est inscrit contre mes conclusions sur l'efficacité de l'inoculation. Les causes de ses doutes sont des faits négatifs; c'est l'éternelle question. Un fait négatif ne saurait prouver contre un fait positif, qui est l'expression d'une vérité démontrée; si, à côté de ce fait, un autre se produit qui n'est pas en rapport avec lui, cela prouve que les conditions dans lesquelles il a été produit ne sont pas identiques à celles où le premier a été déterminé. Les faits ne peuvent pas être contradictoires. Sans méconnaître l'importance, au point de vue pratique, des faits négatifs invoqués par M. Leblanc, M. Bouley dit que, *scientifiquement*, la question de l'immunité donnée par l'inoculation caudale de la péripneumonie est jugée; il rappelle les expériences qui l'établissent; il invoque à l'appui de cette vérité l'énergie du virus de la péripneumonie, les résultats mortels de l'inoculation ailleurs qu'à la queue, les expériences nombreuses de M. Willems, celles de M. Chauveau, celles de M. Sanderson, médecin anglais, qui a réussi à obtenir l'immunité par l'injection intra-veineuse du virus péripneumonique, etc., etc. Scientifiquement, la preuve est donc faite; il n'en est pas moins vrai que, dans la pratique, l'inoculation se montre parfois infidèle. Que faut-il en inférer? C'est que les animaux qu'on a inoculés n'ont pas été inoculés en réalité, soit que le liquide inoculé ne fût pas virulent, soit qu'il renfermât des microbes antagonistes, comme M. Pasteur l'a démontré dans ses expériences sur les terres charbonneuses, soit que la densité des tissus, l'hémorrhagie consécutive aient mis obstacle à l'absorption, soit enfin autre chose à déterminer.

Du moment que la preuve scientifique est faite, si, dans la pratique, les résultats sont différents, cela dépend de la différence des conditions dans lesquelles les expériences sont faites.

S'il y a des faits négatifs, il y en a de positifs en bien plus grand nombre. Des témoignages en faveur de l'efficacité de l'inoculation viennent de toutes les parties du monde. M. Bouley invoque ici la pratique usuelle en Australie, en Hollande, en Angleterre, en France même, où on a proposé de la rendre obligatoire par une loi comme en Hollande.

M. Leblanc regrette que le Parlement ait donné une sanction légale à cette proposition de loi. Il craint les pertes que cette pratique imposerait au Trésor. M. Bouley démontre par des statistiques que ces craintes ne sont pas fondées, et qu'au contraire l'application de cette mesure ne peut qu'être très avantageuse. M. Bouley pourrait accumuler les faits en faveur de l'efficacité de l'inoculation; il se contente de communiquer quelques documents importants qui lui ont été fournis par des vétérinaires ou des cultivateurs. L'un des arguments invoqués par M. Leblanc est que l'inoculation ne donne pas lieu à la péripneumonie; il y a là une question générale que l'orateur ne veut pas traiter à fond. Ce qui constitue la maladie contagieuse, ce n'est pas la lésion anatomique, c'est son élément essentiel, le virus, le ferment, le microbe de la contagion. L'inoculation donne la maladie sans la lésion anatomique. Peut-être dans la péripneumonie la lésion est-elle le signe de la voie parcourue par l'agent de la contagion pour infecter l'organisme.

M. Leblanc prétend que la maladie n'est pas infectieuse, M. Bouley soutient l'opinion contraire; il cherche à la démontrer par des expériences de M. Chauveau, qui a produit l'infection en faisant respirer à travers un tube à un animal sain les produits de la respiration d'un animal malade.

M. Bouley ne croit plus comme autrefois à la spontanéité des maladies contagieuses, parce que la preuve de la génération spontanée des proto-organismes qui donnent lieu à la contagion est encore à faire. En effet, en dehors de la contagion elle-même, rien de sûr, rien de déterminé, rien de rigoureux. En terminant, M. Bouley dit que la loi nouvelle, qui a été l'objet des critiques de M. Leblanc, lui paraît appelée à rendre à l'agriculture française les plus grands services, et par l'abatage des animaux malades et par l'inoculation obligatoire de ceux qui ont été contaminés.

Il serait nécessaire, selon M. Bouley, d'accord en cela avec M. Leblanc, de refaire des études sur l'inoculation intra-veineuse de la péripneumonie, en imitant les procédés d'inoculation des expérimentateurs de Lyon pour le charbon symptomatique.

M. Bouley rend compte des expériences qui ont été faites à Chaumont par MM. Arloing, Cornevin et Thomas, qui ont réussi à produire l'immunité contre le charbon symptomatique, par l'injection intra-veineuse du virus de cette maladie, laquelle ne doit pas être confondue avec le charbon bactéridien.

— La séance est levée à cinq heures.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie, par Mlle Nadine Skwortzoff, docteur en médecine de la Faculté de Paris. —1881, Paris. Delahaye et Lecrosnier.

Cette thèse est assurément une des plus complètes sur les troubles du langage qui constituent l'aphasie, par le nombre et l'étendue des observations inédites ou empruntées à divers auteurs. Les conclusions de l'auteur sont formelles relativement à l'existence d'une zone qui préside à la parole et qui est située sur la troisième circonvolution frontale gauche. Mais, néanmoins, avec une grande raison et une sage prudence, Mlle Nadine Skwortzoff considère comme prématurées et hasardées les localisations que M. Fritsch a voulu établir récemment, en plaçant le centre de coordination motrice des mots dans la circonvolution frontale la plus inférieure, par conséquent au-dessous de la couche cérébrale corticale qui contiendrait le centre, qui, pour Ferrier, préside aux mouvements oro-linguaux.

Relativement aux cas d'aphasie chez des gauchers du bras avec lésion de l'hémisphère gauche, cas qui ont été objectés à la théorie des localisations, l'auteur émet l'hypothèse qu'on pourrait peut-être admettre des différences individuelles dans l'entrecroisement des fibres nerveuses. En tout cas, ces objections à la théorie des localisations cérébrales du langage ont une grande valeur; mais les exceptions ne sont pas suffisantes pour faire rejeter complètement ce grand fait établi par Broca et Charcot de l'existence d'une zone qui préside au langage. La thèse actuelle a donc à la fois une valeur d'originalité et un intérêt d'actualité. — Ch. E.

De la pneumonie lobaire dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur Galissart de Marignac. — Paris, 1881. Delahaye et Lecrosnier.

Cette thèse est un travail clinique important, mais qui ne permet pas de conclure quelles sont les causes de la fréquence de la pneumonie lobaire dans la fièvre typhoïde. A son début, la pneumonie peut être confondue avec la fièvre typhoïde; ou bien elle peut apparaître dans le cours de cette dernière maladie, sans modifier immédiatement la courbe thermométrique. En tout cas, le pronostic est toujours grave dans cette affection, qui n'est pas une simple complication de la fièvre typhoïde, et qui, d'après l'auteur, doit résulter d'une cause encore inconnue qui favorise la production des pneumonies dans le cours de la dothinentérie. Il est probable, et on doit admettre avec M. le professeur Potain que l'origine de ces accidents morbides est « une localisation primitive et inaccoutumée du poison typhique. » Le docteur Lépine a publié d'ailleurs des faits en faveur de cette théorie qui est la plus vraisemblable, et qu'en tout cas on ne peut réfuter dans l'état actuel de la science. — Ch. E.

## VARIÉTÉS

### L'INSPECTION DES VIANDES DE PORC

Un avis inséré au *Journal officiel* annonce la création de laboratoires destinés à l'examen micrographique des viandes de porc salées ou fumées de provenance étrangère. Ces laboratoires, installés sur les points du littoral et de la frontière qui seront ouverts à l'entrée des viandes salées, auront à leur tête des micrographes experts nommés par le ministre du commerce.

Les demandes d'emploi de micrographe doivent être adressées au ministère avant le 12 octobre courant; les candidats trouveront à ce ministère tous les renseignements dont ils auraient besoin.

Pour ceux dont l'instruction ne serait pas suffisante, il est institué un cours spécial de micrographie et d'helminthologie, sous la direction de M. Joannès Chatin. Ce cours, qui est gratuit, aura lieu à partir du 17 de ce mois, à l'école de pharmacie, et ne comprendra que douze leçons.

Toutes ces mesures indiquent l'intention manifeste du gouvernement de rapporter à bref délai le décret qui a prohibé l'entrée en France des salaisons d'Amérique, et de le remplacer par un système permanent d'inspection portant sur toutes les viandes de porc, quelle qu'en soit la provenance.

La prohibition des viandes d'Amérique a causé une agitation assez profonde, qui va, heureusement, disparaître. Notre marine marchande avait perdu un fret important qui, pour le seul port du Havre, se chiffre par près de 40 millions de kilogrammes par an. D'un autre côté, les populations ouvrières se trouvaient privées d'un élément substantiel et peu coûteux, qu'il eût été impolitique et cruel de ne pas leur restituer à l'approche de la dure saison d'hiver.

Il est à espérer que les Américains, rendus plus circonspects par le préjudice que leur a causé l'interdiction, apporteront plus de soins à la confection de leurs salaisons qui n'étaient pas toujours, tant s'en faut, irréprochables.

L'Allemagne nous a précédés dans la création d'un service spécial de micrographie. Il existe dans l'empire une véritable armée de micrographes, dont le contrôle porte même sur les viandes de porc du pays. Cette vigilance s'explique par les cas de trichinose qu'on a relevés en Allemagne et qui sont dus à l'habitude qu'ont les populations d'absorber à peu près crue la viande de porc salé.

On a prétendu que la salure tuait la trichine. C'est là, paraît-il, une erreur. La salure a, au contraire, l'inconvénient d'exiger, pour détruire la trichine, une cuisson bien plus prolongée que s'il s'agissait de viandes fraîches. On a dit aussi que les trichines trouvées dans les salaisons étaient des trichines mortes; mais certains savants affirment qu'elles ne sont qu'endormies et qu'elles se ravivent facilement dans un milieu favorable. La *Tribune médicale* a cité des expériences dans lesquelles les trichines logées dans un jambon ont pu résister à une température de 118° centigrades.

L'installation d'un service de micrographes experts ne devra pas faire perdre à nos populations la bonne habitude qu'elles ont de faire fortement cuire les salaisons de porc. Cette cuisson reste encore le meilleur moyen de préservation. Comment expliquer l'immunité complète dont les consommateurs français ont joui depuis plus de quinze ans qu'ils mangent des salaisons américaines non contrôlées?

Le service micrographique est le premier essai d'une organisation centrale des services de la salubrité. Nous espérons que l'on ne s'en tiendra pas là. Il n'y a pas que les viandes salées qui présentent des dangers pour la santé de tous. Le vin, le lait, etc., etc., sont l'objet de falsifications multiples dont l'influence pernicieuse ne saurait être contestée. Pourquoi n'avoir pas également pour ces produits des experts relevant de l'administration centrale?

Il est de notoriété que la police municipale, à part dans quelques grandes villes, laisse entièrement de côté ce service important. N'a-t-on pas vu, tout récemment, dans la Seine-Inférieure, les maires de deux petites communes situées en amont d'un cours d'eau arrivant à Rouen refuser de faire supprimer les lieux d'aisance installés sur ce cours d'eau, sous le prétexte que cela ne gênait pas leurs administrés? Rouen peut être empesté. Que leur importe? Nos lois sont telles que cette résistance idiote n'a pu être brisée.

Il y a là une situation sur laquelle l'attention du gouvernement a été appelée à diverses reprises, notamment lors du congrès d'hygiène publique de 1878, et qui ne saurait être maintenue sans de sérieux dangers. L'empoisonnement public, sous toutes les formes, menace, en effet, de passer chez nous à l'état de mal chronique.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 23 au 29 septembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 832. — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 4. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 37. — Dysenterie, 3. — Érysipèle, 10. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 54. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchites aiguës, 14. — Pneumonie, 34. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 39; au sein et mixte, 47; inconnu, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 90; circulatoire, 47; respiratoire, 65; digestif, 37; génito-urinaire, 15; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 3. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 39e semaine. — Les conditions favorables de la saison continuent à se faire sentir de plus en plus, puisque le total des décès de la semaine ne s'élève qu'à 832 (plus 19 décès du XIe arrondissement de la journée du jeudi dont les notices sont parvenues trop tard au service pour pouvoir être comprises dans le travail des bureaux); soit en tout 851 décès au lieu des 947 ou 935 des semaines précédentes; c'est un dégrèvement important de près de 90 décès. Cependant il ne faut pas oublier que ce faible chiffre de décès n'est pas imputable au seul dégrèvement de la mortalité : la villégiature a, pendant ces dernières semaines, enlevé beaucoup de Parisiens à Paris et notamment la grande majorité des écoliers et de leurs parents; moins de mortels entraînent nécessairement moins de morts! Il nous faudrait pouvoir supputer ces absents pour corriger l'illusion qu'ils nous causent, et cela ne semble pas bien commode. Malgré tout, il est clair que la situation est très favorable, plus favorable que celle des années précédentes *à la même époque*, où l'on comptait 880 à 895 décès. Les maladies épidémiques bénéficient largement de ces dégrèvements, et notamment la

Typhoïde et la Variole qui, cette semaine, ne comptent : la première que 21 décès au lieu de 29, et la seconde que 4 au lieu de 15 ! tandis que l'implacable Diphthérie en a encore 37.

*Innovation.* — Nous présenterons au sujet de ces deux redoutables affections (Variole et Diphthérie), dont nous avons souvent signalé les contages comme disséminés en permanence aux alentours des hôpitaux spéciaux, un essai d'indication qui nous a été suggéré par plusieurs de nos correspondants : il consiste à montrer sur notre plan les quartiers, et autant que faire se pourra les situations, des *hôpitaux spéciaux* à ces deux affections, ou ayant au moins des salles qui leur sont particulièrement réservées, en disant, en chacun d'eux, *le nombre des malades en traitement.* Ce nombre est inscrit dans un circuit elliptique afin de le distinguer nettement du chiffre des décès simplement placé comme coefficient devant les lettres indicatrices des affections; ainsi dans le quartier de l'*Hôpital-Saint-Louis*, 29 V., dans l'ellipse, signifie que, le 25 au soir, il y avait encore 29 Varioleux en traitement dans ce dépôt. Remarquons que ce quartier est un des quatre qui ont été frappés par la Variole. En outre, le quartier qui lui est contigu, *Saint-Vincent-de-Paul*, m'est signalé comme celui qui présente aujourd'hui le plus de cas nouveaux. Nous espérons que cette notation contribuera à mettre peu à peu en évidence les influences fâcheuses de ces foyers morbides.

Nous avons dû renoncer à comprendre la Fièvre typhoïde dans ces indications, car elle se rencontre un peu partout, et n'a pas d'hôpitaux spéciaux. Nous eussions d'ailleurs vainement surchargé notre carte, car les voies des contages typhiques *dans les grandes villes* sont fort mystérieuses. C'est dans les villages qu'il faut surprendre leur marche.

D[r] BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## COURRIER

SÉNÉGAL. — Notre colonie du Sénégal est toujours éprouvée : les dernières nouvelles de Saint-Louis, reçues au ministère de la marine, annoncent qu'à la fièvre jaune est venue se joindre une épidémie de variole, qui sévit surtout sur les indigènes.

La maladie est d'autant plus redoutable, que la plupart des noirs du Sénégal ne sont pas vaccinés.

L'Administration s'est empressée de prendre les mesures commandées par les circonstances; malheureusement, la vaccine faisant à peu près défaut dans la colonie, les médecins ne peuvent s'en procurer.

Avis en a été immédiatement transmis au ministère de la marine, qui, par le prochain courrier, expédiera du vaccin au service sanitaire.

LA COULEUR DU SOLEIL. — Un astronome américain, M. le professeur Langley, a émis une idée curieuse sur la couleur de la lumière solaire. Les physiciens admettent, depuis l'époque de Newton, que la lumière qui émane du soleil est *blanche*, mais M. Langley affirme qu'elle est *bleue*. C'est notre atmosphère et les changements divers dont elle est susceptible qui font paraître le disque du soleil tantôt blanc, blanc gris, jaune ou rouge. Selon sa théorie le soleil est aussi bleu que l'est la lumière électrique, et si nous regardons cette dernière source lumineuse à travers une atmosphère plus ou moins douce, plus ou moins jaune ou grise, nous la voyons prendre les différentes teintes que l'on remarque pour le disque solaire. Le disque du soleil, si nous pouvions le voir en dehors de ces circonstances, serait bleu comme la lumière électrique. On dit que le voyage que va entreprendre M. Langley ce mois-ci, aura peut-être pour résultat de confirmer son opinion sur la nature de la lumière solaire, et si cette opinion se confirme, la théorie de la lumière telle qu'on la professe aujourd'hui dans les écoles, sera réfutée de fond en comble. (*Moniteur de la photographie.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La séance de réouverture aura lieu samedi 8 octobre 1881, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, 3 (local de la Société de chirurgie).

*Ordre du jour* : Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1880 par M. de Beauvais, secrétaire général. — Communication, par M. Rougon, secrétaire-archiviste, d'un travail intitulé : A travers les archives de la Société de médecine de Paris, de l'an IV (1796) à nos jours. — Observation de rhumatisme cérébral traité par les bains froids, par M. Jules Besnier. — Vote sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Kastus d'Allevard.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C[e], rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

## LA MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

### ET LE SERVICE SANITAIRE DE L'ARMÉE ALLEMANDE EN 1881.

Les évènements militaires actuels et l'appel adressé dernièrement aux médecins civils de Paris, dans le but de combler les vides causés temporairement dans le service sanitaire des corps de troupes par le départ d'un certain nombre d'aides-majors en Afrique, ont été l'origine d'une émotion aussi vive dans le Corps médical que dans le public. Tout en faisant la part de la violence de critiques plus ou moins justifiées par d'ardentes polémiques, il est certain, néanmoins, que l'organisation de la médecine militaire en France est boîteuse, et que des efforts sérieux et immédiats sont nécessaires pour la relever de cet état d'infériorité vis-à-vis des armées étrangères.

Malgré le dévouement traditionnel et le talent incontestable du personnel médical de notre armée, le Corps de santé, qui possède tous les éléments nécessaires pour répondre aux divers besoins, peut, dans quelques circonstances, devenir, par un défaut d'organisation, tout à fait insuffisant. Dans certaines éventualités sérieuses, et à plus forte raison dans des circonstances graves, par le fait même de ces lacunes et de l'absence d'une direction médicale responsable des erreurs et des fautes du service sanitaire, on est obligé de solliciter le concours des médecins civils. Actuellement, l'Administration paraît avoir pour but de se mettre en mesure de répondre à des incidents imprévus et de connaître les ressources que, au besoin, elle trouverait parmi les médecins civils.

Certes, nous y sommes habitués : il est d'usage en France de faire appel au dévouement du Corps médical, dont le patriotisme est toujours à la hauteur des circonstances. La médecine française n'a jamais marchandé ses services, et cependant on ne lui a prodigué ni récompenses honorifiques, ni récompenses pécuniaires, en rapport avec les services rendus. Mais, d'ailleurs, pourquoi donc toujours compter sur les dévouements qui, comme les hommes, sont soumis à des défaillances au lieu de prévoir et de calculer avec soin les évènements qui pourraient survenir? Pourquoi donc laisser au hasard des éventualités qui se sont déjà produites et se reproduiront encore? L'Administration française compte toujours, malgré les cruelles leçons du passé, sur l'enthousiasme et l'élan national, alors qu'à la guerre, comme ailleurs, la victoire appartient souvent, toujours même, à notre époque, aux esprits méthodiques et prévoyants.

A un autre point de vue, comme le fait remarquer notre éminent confrère, le docteur Lereboullet, il est certain que l'emploi de *médecins civils*, dont l'Administration a sollicité l'adhésion, présente de grands inconvénients pour l'armée. Appelé à titre de *requis* avec un traitement dérisoire, le médecin civil ne connaît ni les besoins du soldat, ni les exigences militaires. Il ne peut inspirer aux hommes de troupe le respect dû à un officier, dont il ne possède ni les privilèges, ni les obligations ; il ne peut être être écouté des chefs militaires à la hiérarchi

## FEUILLETON

### CAUSERIES

Les premiers mots de cette *Causerie,* c'est à vous que je les adresse, mon cher Monsieur Nicolas, non pour vous envoyer de banales condoléances, mais pour vous dire la part affectueusement et douloureusement sympathique que je prends à votre affliction. Vous venez de perdre à l'âge du Christ un fils tendrement aimé, modèle de piété filiale, frère dévoué, bon, aimable, enjoué, ciseleur de mérite et d'avenir, que l'implacable minotaure, la tuberculose, vient d'enlever à votre tendresse et à celle de ses deux sœurs, qui, pendant cette longue agonie, ont trouvé pour leur malheureux frère des trésors inépuisables de soins et d'affection. Soyez bénies, dignes et saintes filles ! Si vous n'avez pu prolonger l'existence de votre cher Georges, vous avez certainement adouci l'amertume de ses derniers moments, et quant à vous, cher Monsieur Nicolas, votre douleur est trop aiguë pour qu'on puisse la tempérer par cette pensée, un peu cruelle d'ailleurs, du poëte antique : « Ils sont aimés des dieux, ceux qui meurent jeunes ! » Je m'étais proposé comme un devoir, quoique bien peu vaillant, d'assister aux obsèques de ce cher jeune homme, du fils de mon honorable et dévoué collaborateur de l'atelier depuis trente-cinq ans : je n'ai reçu que tardivement, et je l'ai profondément regretté, les indications nécessaires.

***

Je reviens à M. Du Bois-Reymond, à la présentation qu'il a faite à l'Académie des sciences,

desquels il n'appartient pas et dont, en réalité, il sert seulement à couvrir la responsabilité légale. Il n'a pas même le droit de porter l'uniforme, dont le prestige est si grand sur le soldat. Certes, le plaisir de porter l'uniforme est une vanité qui fait sourire; mais il n'en est pas moins vrai que, contrairement au vieux refrain populaire : « Si l'habit ne fait pas le moine, ni le plumet le cavalier », il a du moins cet avantage, indispensable dans l'armée, de faire reconnaître l'officier du soldat et d'être, pour le médecin militaire dans l'exercice de sa mission, une marque d'autorité qui assure le respect et l'obéissance.

Aussi, il serait beaucoup plus sage, et aussi plus utile pour l'instruction du personnel médical de la réserve, de mobiliser temporairement des aides-majors de réserve, dont un certain nombre, si on faisait appel à leur dévouement, serait prêt à accepter ce service. Leur grade, leur situation, déterminée au point de vue réglementaire et hiérarchique, sont de sérieuses garanties pour l'Administration de la guerre et les commandants de régiments. Dans ces emplois volontairement acceptés, ces médecins trouveraient l'occasion d'apprendre et de pratiquer la médecine militaire, à laquelle, par une lacune regrettable de l'organisation actuelle, ils seront presque tous étrangers au moment d'une mobilisation générale. C'était donc, pour quelques-uns d'entre eux, un moyen d'acquérir cette instruction que, dans l'armée allemande, on a soin de leur donner chaque année dans des réunions annuelles, afin de les initier aux habitudes du soldat et aux règlements militaires.

En allouant à ces médecins une solde convenable, on obtiendrait donc un service réellement sérieux. On se demande même si par l'appel aux médecins requis on n'avait pas en vue un but d'économie. Mais une économie bien entendue ne consiste pas à rémunérer faiblement des services utiles et pénibles s'ils sont honorablement remplis. C'est là une vérité de M. de La Palisse. En tout cas, quel que soit le motif réel, si on est parcimonieux sur ce point, on ne l'est guère ailleurs, par exemple quand il s'agit d'essais plus ou moins inutiles ou fructueux seulement pour quelques inventeurs privilégiés ou quelques fournisseurs!

Tandis qu'en France le service de santé militaire est insuffisant, il n'en est pas de même chez nos voisins de l'Est. Sans entrer dans tout le détail de l'organisation du corps de santé de l'armée allemande, il n'est pas inutile de connaître quel est son état actuel et quelles sont ses ressources, surtout au point de vue médical.

On sait que le personnel sanitaire se divise en personnel supérieur et personnel inférieur. Le premier comprend les médecins, les pharmaciens et les employés administratifs.

La hiérarchie médicale qui existait en 1870 a été conservée, et tous ses membres ont le rang d'officier, à l'exception des médecins du grade le plus inférieur, c'est-à-dire du médecin volontaire d'un an qui doit pendant six mois servir dans le rang et du médecin sous-aide qui a la position de porte-épée, c'est-à-dire de sous-officier. Un médecin-major général, chef suprême de la hiérarchie du corps sanitaire, est à la tête de la division médicale du ministère de la guerre à Berlin. Les attributions des autres médecins en chef, majors ou

---

il y a quinze jours, de son ouvrage sur les poissons électriques, ce qui me donne l'occasion de m'écrier : Justice pour tous, et surtout envers les morts!

Comment! devant cette communication du professeur prussien, aucun physiologiste, aucun zoologiste ne s'est trouvé dans l'Académie des sciences pour revendiquer en faveur d'un savant français le mérite d'avoir étudié scientifiquement et expérimentalement la question des poissons électriques bien avant le professeur de Berlin! Et personne, dans l'Académie, n'a paru se souvenir que Jobert (de Lamballe), en 1858, avait fait hommage à ce Corps savant d'un beau travail, illustré de magnifiques figures, sur les appareils électriques des raies, des gymnotes, des torpilles et des malacoptérygiens! Il a fallu que ce fût un de nos laborieux confrères, M. de Pietra Santa, qui avait assisté le célèbre chirurgien dans ses nombreuses et patientes dissections, qui rafraîchît pieusement la mémoire de nos académiciens en revendiquant hautement les droits scientifiques d'une gloire française!

Si ma mémoire ne me trompe, il me semble que ce fut à une circonstance vraiment dramatique que Jobert dut de se livrer à ses intéressantes recherches sur les poissons électriques. Il chercha une diversion à une préoccupation bien grave en effet dont il était obsédé et qui lui fit demander un congé qui l'éloignât de l'hôpital : il avait été mordu à la main par un homme enragé.

On comprend que, même pour un tempérament beaucoup moins émotif que celui de Jobert, l'appréhension de renfermer le virus rabique dans son organisme ne fût pas une condition très rassérénante. Mais Jobert se livra avec ardeur à ses nouvelles recherches, et heureusement ne devint pas enragé.

Je me souviens aussi que, toutes les fois qu'il s'agissait de poissons électriques à l'Académie, le vieux professeur Duméril ne manquait pas de rappeler l'étonnement que l'on éprouvait de trouver de très grosses soles dans l'estomac des raies, et l'on se demandait comment ce poisson,

aides-majors, correspondent à celles de nos médecins militaires français; seulement, étant chefs de service dans les régiments, les lazarets de paix ou de campagne, et dans les hôpitaux, ils ont une autorité directe sur le personnel administratif et les troupes sanitaires. Chaque régiment d'infanterie possède un médecin major supérieur, deux majors de bataillon et trois aides-majors. Les régiments d'artillerie et de cavalerie et les bataillons de pionniers ont un personnel proportionné à leur effectif. Le nombre des médecins dans chaque corps de troupe est donc supérieur au corps médical très insuffisant de nos régiments, et peut répondre aux exigences les plus imprévues d'une mobilisation.

Mais, de plus, en cas de besoin, on peut appeler au service : 1° des médecins en retraite et à la disposition; 2° les médecins en retraite sans conditions, qui se sont fait porter volontairement sur une liste spéciale; 3° les médecins de réserve et ceux de la landwehr; 4° des étudiants en médecine munis d'un certain nombre d'inscriptions; 5° les médecins civils libres de *toute obligation militaire*, mais qui se sont engagés à servir en cas de guerre dans les ambulances ou les hôpitaux de l'intérieur. Cette organisation n'est pas sans analogie avec la nôtre, avec cette différence toutefois que le personnel a reçu une instruction spéciale et est au courant du service.

L'effectif des médecins militaires ayant rang d'officiers était de 1625 en 1880, et tous, en principe, appartenaient aux corps de troupe. Les médecins de la réserve étaient, à la même époque, au nombre de 738, et ceux de la landwehr de 792. Toutefois, l'annuaire ne contient pas les effectifs des armées de la Saxe, de la Bavière et du Wurtemberg. Quant aux médecins retraités, le nombre en est variable et ils ne figurent pas sur les annuaires; toutefois, en 1870, parmi ces derniers, 241 reprirent du service.

Les médecins de la réserve et de la landwehr sont astreints à un stage réglementaire, qui consiste à suivre dans certaines Universités allemandes des cours professés spécialement à leur usage et largement subventionnés par le budget de la guerre. Des indemnités de déplacement et un traitement sont alloués à ces médecins pendant le stage dont la durée est de quatre semaines la première année et de quinze jours les années suivantes. Il y a loin de cette organisation où tout est prévu et coordonné avec l'organisation du corps de santé de la réserve de l'armée française, dans laquelle les cadres existent surtout sur le papier.

De plus, et cette disposition n'est pas moins excellente que le stage, parce qu'elle entretient une salutaire émulation, *tout médecin de la réserve qui satisfait au stage a le droit de se présenter aux examens pour le grade supérieur, auquel il est promu en même temps que le médecin de l'armée active qui est soumis aux mêmes épreuves.* Dans ces conditions, la faveur n'a plus qu'un rôle secondaire dans les promotions, et on n'est plus exposé à voir, comme en France, un professeur d'une de nos Facultés être assimilé à un étudiant qui vient de recevoir son diplôme. Une telle institution, si conforme aux traditions de notre pays, serait à la fois utile à l'armée, en retenant dans les cadres les meilleurs éléments du corps

---

qui ne possède qu'une très petite bouche, pouvait ingurgiter une volumineuse sole. Je me doutais du mystère, ajoutait Duméril : la raie, voyant une sole, s'approchait d'elle et lui lançait une décharge électrique qui l'engourdissait, puis une seconde, puis une troisième qui l'engourdissait de plus en plus, et alors avec sa tête et ses nageoires, elle la roulait, lui donnait la forme d'un cornet ou d'une oublie, ce qui facilitait son entrée par le petit bout dans la cavité buccale de son ennemie.

***

Avez-vous reçu comme moi, et je n'en suis pas fier, je vous assure, un prospectus imprimé en deux langues, italien et français, si l'on peut appeler français le baragouin que vous allez lire? En tête, ce prospectus porte ces mots latins dans un élégant quadratin :

VIRTUS

FAMA IN POSTEROS

Voici le titre :

**ARÉOPAGE DES DÉCORÉS DE TOUTES LES NATIONS**

Fondé en Italie le 1er septembre 1880

En vertu de l'art. 32 du Statut constitutionnel du royaume.

SIÈGE CENTRALE (*sic*) GENERALE

En Palmi (Italie, Calabres), rue Garibaldi, n° 246.

Mais je ne veux pas vous priver de la lecture de cette mirifique prose qui va certainement produire sur vous une *great attraction* :

médical, et profitable aux jeunes médecins eux-mêmes dont elle exciterait les efforts et l'émulation par la certitude d'une sérieuse récompense.

Dans l'armée allemande, et en temps de paix, le nombre des pharmaciens militaires est très restreint; un seul, par corps d'armée, est chargé de l'inspection et du contrôle des médicaments. D'ailleurs ils sont soumis à l'autorité du médecin en chef du corps d'armée et possèdent seulement le rang d'employé supérieur sans assimilation et sans prendre place dans la hiérarchie des officiers. Certes, la pharmacie militaire française a des traditions qui méritent le respect, aussi il y aurait peut-être mieux à faire qu'à la supprimer; mais, en tous cas, elle devrait être, comme en Allemagne, subordonnée aux médecins en chef. Les volontaires d'un an et des aides de lazaret sont, en temps de paix, chargés du service dans les hôpitaux. En temps de guerre on complète le cadre par des pharmaciens de la réserve qui ont fait leur volontariat dans une pharmacie militaire où ils ont été initiés aux fonctions de pharmacien d'ambulances.

Le personnel administratif constitué par les inspecteurs de lazaret est recruté actuellement parmi les officiers et les sous-officiers ayant un certain nombre d'années de service, et complété en temps de guerre par des candidats de la réserve ou de la landwehr qui, pendant la paix, ont fait un stage dans les hôpitaux militaires. Ce personnel n'est pas assimilé aux officiers et n'a que le rang d'employé supérieur militaire; aussi, par sa position et par les règlements, il se trouve soumis hiérarchiquement à l'autorité des médecins militaires.

Le personnel inférieur se recrute, comme en 1870, parmi les soldats de l'armée active ayant servi six mois dans le rang et après avoir reçu dans le lazaret ou au régiment une instruction appropriée au service qu'on leur impose. Pour assurer le recrutement, l'État donne un brevet de (*Heldiener*) garde-malade à tout aide de lazaret qui, après cinq années de service, subit avec succès une épreuve professionnelle. Ce titre lui confère le droit de faire de petites opérations médicales et chirurgicales. Espérons que cette innovation ne sera jamais adoptée en France, où elle est inutile d'ailleurs pour le recrutement du personnel médical civil déjà trop nombreux; de plus, elle nous donnerait des *sous-officiers de santé*, et nous avons un nombre déjà suffisant de rebouteurs, de charlatans, d'empiriques et de médicastres de toute espèce!

Dans les hôpitaux, il n'existe pas d'infirmiers militaires; en temps de paix, le service est fait par des infirmiers civils et des élèves infirmiers. Ces derniers, à l'expiration de leur temps de service, sont versés dans la réserve, et, en campagne, sont affectés aux ambulances et aux lazarets. Quant aux détachements sanitaires et aux brancardiers, leur organisation est encore la même qu'en 1870, seulement elle a été complétée en hommes et en matériel.

Enfin, le personnel civil des hôpitaux comprend encore des femmes employées aux cuisines ou aux lingeries, et des mécaniciens, qui, comme les infirmiers civils, sont liés par contrat avec l'intendance. Signalons, toutefois, une heureuse création dont l'introduction dans nos hôpitaux civils serait une utile innovation. Au dépôt du matériel de chaque lazaret de paix

---

*Palmi le*

M.

Il était bien nécessaire une Institution Universelle qui eût pour but seulement de déstiner dans le temple auguste de la gloire les noms de ces nobles personnages, qui, par leurs œuvres de cœur et d'esprit, ont obtenu des distinctions honorifiques officielles ou humanitaires ou des medailles militaires ou civiques. Bièn des gens en plaignaient le manque, et justement; car après qu'ils ont cueilli des lauriers sur les champs de la Gloire ou qu'ils ont travaillé ardemment pour s'introduire dans le Sanctuaire de la Science, ce n'était pas juste que leur nom précieux fût ensevelli dans l'oubli.

Oui!... le nom des preux et des vertueux doit toujours réluire ainsi que le Soleil et être répandu en tout le monde. C'est pour cela que le soussigné, avec la certitude d'avoir fait une chose trés-utile, et agréable á l'humanité et au progrès des temps, a fondé l'Aréopage des decorés de toutes les Nations.

Le Conseil de l'Aréopage susdit ayant eu connaissance des vos mérites scientifiques, vertus et talents et des distinctions honorifiques que Vous pour cela avez dignement reçu, dans la séance du 23 courant, Vous a proclamé *Officier d'honneur*.

A peine que Vous M aurez adressé à la Présidence votre précieuse adhésion ensemble à l'offrande fixée dans l'Art 7-9 du Réglement, Vous recevrez les documents qui confirment votre nomination.

Dans l'attente de votre reponse, veuillez agréer les sentiments de ma plus haute éstime.

Pour le Conseil Central,

*Le Président Général*, Comm. D. MARGIOLLA.

ou de campagne sont attachés deux ouvriers chargés des réparations des instruments de chirurgie.

Un personnel militaire est attaché aux ambulances et aux hôpitaux, et est chargé des fonctions administratives, matériel, payement et contrôle.

En résumé, dans chaque corps d'armée mobilisé, 36,981 hommes et 10,709 chevaux sont affectés au service des malades et des blessés. Le personnel sanitaire proprement dit est de 440 officiers, dont 183 médecins, 1,572 hommes, 733 chevaux et 136 voitures à un ou deux chevaux.

Dans cette organisation, les médecins ont les prérogatives et les obligations des officiers; ils ont le droit de punition vis-à-vis des militaires ou des subordonnés, et celui de réprimande vis-à-vis du personnel administratif. De plus, en cas de manquement ou de faute grave, ils peuvent suspendre les employés de leurs fonctions. Ce Corps médical a donc à la fois une responsabilité plus grande que dans notre armée, et une indépendance qui assure la bonne et rapide exécution des mesures médicales. Dans ces conditions, le service sanitaire est assuré dans des conditions bien supérieures à celui de l'armée française. De plus, vis-à-vis du commandement, les médecins sont mieux écoutés parce qu'ils sont dans la position des autres officiers, dont ils ont toutes les prérogatives. Ils peuvent, de la sorte, avoir la haute main sur tous les services accessoires des ambulances, tels que les transports sanitaires, par exemple, et s'entendre directement avec le lieutenant-colonel du train pour ce qui concerne la mobilisation, l'instruction et la discipline des troupes de santé. L'Administration militaire, au contraire, intervient seulement pour la direction et l'exécution du contrôle. Les attributions sont donc bien limitées et, dans ces conditions, les conflits n'existent pas.

En terminant, signalons un règlement qui certainement est équitable, et qu'on pourrait facilement établir dans notre pays. Il autorise les médecins militaires, dans les garnisons, à faire de la clientèle, mais à condition de le déclarer préalablement au médecin-directeur de l'arrondissement et de se soumettre à tous les impôts qui frappent leurs confrères civils.

Notre organisation militaire, au point de vue du matériel, a été certainement complétée depuis 1870; sur ce point, les sacrifices considérables qui ont été faits étaient incontestablement indispensables. Mais, il faut le reconnaître, la constitution du corps des médecins de la réserve et de l'armée territoriale laisse beaucoup à désirer par le défaut d'instruction spéciale des médecins, par le défaut de stage et par l'absence de cette émulation que fait naître dans l'armée allemande l'institution des concours pour l'obtention des grades supérieurs.

Enfin, et c'est là notre conclusion, il est nécessaire de donner au médecin militaire une autre situation; de terminer rapidement l'élaboration de ces lois promises depuis si longtemps, et toujours ajournées, qui assureraient l'indépendance du Corps médical, lui conférant une autorité salutaire dont il est digne par ses services et sa compétence. On ne verrait plus alors, à propos d'une campagne de quelques semaines contre quelques peuplades d'Arabes fanatiques, l'Administration être dans l'obligation de faire appel au dévouement des médecins

---

Mais il y a une offrande à faire; voyons donc les articles 7 et 9 des statuts de l'Œuvre qui en déterminent le quantum. Voyons donc :

Art. 7. Les officiers d'honneur et les dames d'honneur payent pour une seule fois, à titre d'inscription, une taxe de 20 francs. Ils reçoivent :

*a*) Le magnifique brevet de nomination en lithographie firmé (?) du président général de l'Œuvre, de l'archiviste et de deux membres du conseil, dont l'élection est de droit, en faculté du président (???).

*b*) Le livre d'honneur, *Areopagita*, orgue (*sic*) officiel de l'Œuvre, dans lequel on publie les noms des membres, avec leurs décorations, leur biographie, en un mot tout ce qui peut tourner à leur honneur.

Art. 9. L'insigne de l'Institution consiste en une étoile d'argent à 5 rayons, dite l'*étoile des vertueux;* elle, pour ceux qui la desirent, vient envoyée après un droit de chancellerie de 10 francs.

Allons, tout cela n'est pas trop cher. Les donneurs de diplômes de Jersey et de Philadelphie sont plus exigeants.

***

Si vous le permettez, nous allons revenir à la police correctionnelle, car ce n'est vraiment que là qu'on voit dans toute sa splendeur la bêtise humaine en face des choses de la médecine. Pourrait-on inventer quelque chose de plus bête que le récit suivant?

M. Chenu (Denis-Martin-Prosper), tels sont les noms et prénoms de l'accusé qui se trouvait avant-hier sur les bancs de la police correctionnelle de la Seine.

civils, quand il existe dans le Corps de santé de l'armée active et de la réserve des éléments qui pourraient rendre de précieux services, s'ils étaient utilisés et dirigés par des chefs compétents ayant à la fois une autorité administrative et professionnelle, et une responsabilité en rapport avec leurs prérogatives. — Y...

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

SIMULATION DES DOULEURS CONSÉCUTIVES AUX TRAUMATISMES, par M. le docteur GUERMONPREZ. — Paris, J.-B. Baillière, 1881.

Les simulateurs sont nombreux parmi les malades de nos hôpitaux ; ils ne le sont pas moins parmi les personnes qui, à la suite des accidents dont elles ont été victimes, cherchent à exploiter les patrons, les Sociétés de secours mutuels ou les Compagnies d'assurance. Le docteur Guermonprez a eu l'excellente idée de rechercher à l'aide d'un courant induit et régulièrement interrompu, l'état de la sensibilité sur la partie indiquée comme le siège d'un traumatisme ancien et de la comparer à la sensibilité de la partie symétrique.

L'appréciation de l'élément douleur est des plus difficiles, et le procédé d'exploration est lui-même souvent une cause d'erreur. En effet, ce fait est connu en physiologie : l'intensité du courant, l'imparfaite conductibilité des téguments, la difficulté de localiser la douleur, et enfin d'autres conditions qui échappent souvent à l'observateur, sont des causes de variations dans les résultats. Néanmoins le travail de l'auteur est un premier pas dans cette application à la clinique, de méthodes employées surtout jusqu'à présent dans les laboratoires. Mais cette méthode, qui certainement donnera et peut déjà maintenant donner de bons résultats, a besoin de nombreux perfectionnements dans son manuel opératoire et dans ses lois. Du moins, le docteur Guermonprez aura l'honneur d'en avoir été l'un des promoteurs, et, à ce titre, son travail, qui a été publié dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, méritera toujours d'être consulté. — Dr Ch. ÉLOY.

ESSAI SUR LA BRONCHO-PNEUMONIE ÉRYSIPÉLATEUSE, par le docteur Henri STACKLER. — 1881, Paris, Delahaye et Lecrosnier.

L'érysipèle pulmonaire est loin d'être admis par tous les cliniciens. On peut citer l'opinion de M. Hardy, qui considère les inflammations viscérales dans le cours de l'érysipèle, comme de pures coïncidences. Dans sa thèse, le docteur Stackler cherche à établir l'existence de l'érysipèle des voies respiratoires en s'appuyant sur les travaux de Maurice Raynaud et de Straus ; sur la thèse d'agrégation de M. Joffroy et enfin sur des observations personnelles ou des faits cliniques signalés par MM. Cuffer, Peter, Gueneau de Mussy, Gendrin, Damaschino, etc.

---

Chenu, qui ne manque pas d'intelligence, il faut le reconnaître, a voulu pratiquer la médecine, et, pour cela, il a commencé à utiliser ses noms et prénoms.

C'est bien simple, mais il fallait le trouver, et cet Esculape de rencontre a compris ce qu'il pouvait faire avec cette partie de son état civil ; il fit imprimer des cartes dont voici la disposition :

CHENU, D. M. P.

Ce qui, pour les clients, voulait dire : docteur-médecin, Paris.

En voyant sa chevelure inculte, on pourrait également traduire ces trois initiales par : docteur mal peigné.

Il est prévenu d'escroquerie et d'exercice illégal de la médecine. C'est un homme de cinquante ans.

M. le président : Quelle est votre profession ?

Le prévenu : Étudiant en médecine.

M. le président : Comment, étudiant... à votre âge ?

Le prévenu : On étudie à tout âge.

M. le président : Où étudiez-vous ?

Le prévenu : Chez moi... ; malheureusement, pour être reçu médecin, et d'abord étudiant, il faut être bachelier, et je ne sais pas le latin.

Un fruitier nommé Tafoireau (ca n'est pas sa faute) tient à peu près ce langage : « Ma femme qui enflait depuis quelque temps, que nous n'y comprenions rien, mais après nous avons su qu'elle était simplement enceinte. Tout de même, que ne pouvant pas supposer ça après vingt-cinq ans de mariage et qu'elle a quarante-deux ans, et n'ayant jamais eu d'enfants,

L'inflammation érysipélateuse peut donc, d'après ces faits, envahir les voies aériennes ou le poumon; et, ce qui serait caractéristique, se limiter à l'une des bronches ou à l'un des poumons. La pneumonie érysipélateuse serait alors tantôt fixe, tantôt serpigineuse ou ambulante, quelquefois phlegmoneuse et présenterait des formes bénigne ou maligne; sa marche serait rapide (3 à 4 jours), et se terminerait souvent par la mort. Les résultats des autopsies ne sont pas concordants, pas plus que ceux des examens microscopiques. On peut donc établir la pathogénie de la broncho-pneumonie érysipélateuse seulement par ses caractères cliniques, son mode d'évolution, et arriver à cette conclusion que cette maladie est un érysipèle véritable plutôt qu'une forme érysipélateuse. Cette thèse est donc un travail important au point de vue clinique, et qui, par le nombre des recherches bibliographiques et des observations, fait honneur à son auteur. — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. WURTZ présente une note de M. M. de Thierry, sur un uréomètre.

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un appareil destiné à doser l'urée dans l'urine de l'homme et des animaux. Cet appareil, dit *uréomètre,* est fondé sur le procédé, déjà connu, de la décomposition de l'urée par l'hypobromite de soude.

L'appareil se compose de deux parties : la première comprend un tube avec ampoule, muni d'un robinet, s'adaptant sur un réservoir qui, lui-même, est mis en communication, par un tube latéral en caoutchouc, avec la deuxième partie de l'appareil, qui comprend : une éprouvette servant de cuve à eau, une cloche graduée et un thermomètre.

L'expérience de cet appareil a été faite depuis le mois de mars 1880, dans les hôpitaux civils et militaires, français et étrangers. Il a été adopté par le ministère de la marine et des colonies, sur la proposition du Conseil supérieur de santé, au mois de décembre dernier, et par l'École de pharmacie de Paris en mars 1881.

L'uréomètre que j'ai construit permet d'opérer sur l'eau et à une température constante, d'employer une quantité du liquide à examiner suffisante pour obtenir un résultat aussi exact que possible. Enfin, il peut être facilement agité pour activer la réaction, sans être échauffé par le contact de la main et sans qu'il y ait lieu de craindre une perte de gaz. Peu embarrassant, il est facilement transportable. Des tables qui y sont jointes évitent toute espèce de calcul, ce qui en rend le maniement des plus simples et à la portée même des personnes n'ayant aucune pratique du laboratoire. »

M. F. LARROQUE adresse une note relative à un projet d'instrument pour l'observation des étoiles filantes.

---

voilà qu'elle se dit : Mais qu'est-ce que j'ai donc à enfler ? ça serait donc que je deviens hydropique ? Pour lors, elle demande à une voisine : « Connaissez-vous un bon médecin ? — Oh ! oui, qu'elle lui répond, un crâne, M. Chenu; seulement qu'il est très riche et retiré et qu'il ne soigne plus que le gouvernement. — Oh ! c'est contrariant, que dit ma femme ; il ne voudra jamais s'occuper du petit monde comme nous. — Je vas lui demander, que dit la voisine ; vous verrez, il est bon homme, pas fier, je suis sûre qu'il viendra. »

Le lendemain, v'là qu'elle revient et qu'elle dit : Eh bien... qu'est-ce que je vous disais ? il veut bien; il va venir ! Ma femme était d'une joie !... dont, à ce moment-là, juste, il arrive. Il ne me revenait pas beaucoup... une trogne... comme vous voyez, une tignasse qu'on aurait dit une tête de loup pour enlever les araignées, et habillé... qu'il était fichu comme l'as de pique. Enfin, ça ne fait rien ; finalement qu'il dit à mon épouse : C'est très grave, et qu'il me dit : Je ne peux entreprendre votre épouse que si je viens tous les jours, vu que c'est mon habitude chez mes clients, et que j'ai toujours mon couvert mis partout. — Vous l'aurez ici, que dit ma femme, et comme c'était l'heure de déjeuner, il se met à table, nous raconte qu'il avait été le médecin en chef du prince de Monaco, qu'il était puissamment riche ; là-dessus, il me donne une poignée main, m'emprunte 40 sous et s'en va, en disant : Je reviendrai tantôt, parce qu'il faut que je réfléchisse à ça ; c'est très grave.

M. le président : Et vous avez eu confiance dans ce célèbre médecin du gouvernement, puissamment riche, qui vous demande à dîner et qui vous emprunte quarante sous?

Le témoin : Ah je vais vous dire : il m'avait montré un billet de 1,000 francs et il m'avait dit que c'était pour ne pas le changer, vu que quand il en avait changé un, ça filait, même qu'il nous a confié que c'était avec des femmes qu'est sa petite faiblesse, et que ça ne nous a pas étonné que 1,000 francs filassent comme rien du tout.

Cet instrument est destiné à permettre à un même observateur de distinguer à la fois les météores qui apparaissent dans les diverses parties de la voûte céleste, au moyen de réflexions sur les faces d'un miroir ayant la forme d'une double pyramide.

M. Larrey présente à l'Académie, de la part du général Joseph Barnes, chirurgien général de l'armée des États-Unis d'Amérique, le second volume de la bibliothèque du *Service de santé de l'armée*, comprenant, sous le format in-4° de 990 pages, les noms des auteurs et les titres des sujets (de Berlioz à Cholas). C'est assez indiquer, dit M. Larrey, l'importance de cette publication considérable, qui semble entreprendre un catalogue encyclopédique des connaissances médicales.

M. J. Pastre adresse une note intitulée : *Observations relatives aux accidents survenus dans les vignes traitées en* 1881 *par le sulfure de carbone.*

« Les nombreux accidents qui ont été signalés cette année ont été occasionnés, dans la plupart des cas, par l'excès d'humidité du sol. Le sulfure de carbone, injecté dans l'eau ou dans de véritables tubes dont l'argile compacte et humide formait les parois, a dû nécessairement, ou rester à l'état liquide, ou s'évaporer dans un espace trop restreint : dans les deux cas, dans le premier surtout, il a dû détruire les racines, grosses ou petites, qui se sont trouvées à sa portée.

Il existe d'autres causes qui, dans une certaine mesure, peuvent produire les mêmes effets, par exemple un abaissement anormal de température ou un sol trop compact ; mais ce sont là des exceptions locales et heureusement peu nombreuses. Le véritable danger, d'autant plus grave qu'il n'était généralement pas connu, provient de l'humidité excessive du sol ; c'est à cette cause que nous devons les nombreux désastres qui ont découragé les timides et effrayé même ceux dont la conviction profonde paraissait inébranlable.

..... Les observations faites sur mon vignoble, pendant les traitements de 1879, 1880, 1881, sans être absolument concluantes, me permettent d'espérer que nos efforts ne seront pas stériles.

En terminant, M. Pastre dit qu'il se rallie aux règles formulées par M. Louis Jaussan, en y ajoutant quelques modifications rendues nécessaires par les accidents de cette année.

1° Traiter seulement les vignes dont l'état phylloxérique n'est pas trop grave.

2° Traiter pendant l'hiver et avec une température normale (c'est-à-dire suspendre le traitement lorsque le thermomètre est trop bas).

3° Ne traiter que des terres bien ressuyées.

4° Multiplier les trous et diminuer les doses, surtout lorsque la vigne est plantée dans une terre compacte et que l'invasion phylloxérique est ancienne.

5° Donner de fortes fumures et ajouter, aux fumiers de ferme, des sels de potasse (proscrire rigoureusement les tourteaux).

6° Surveiller l'état phylloxérique ; si, après la première ou la deuxième année, tous les

---

M. le président : Vous savez que son billet de 1,000 francs était un prospectus de passementier : 1,000 franges ?

Le témoin : J'ai su ça après ; mais il avait aussi une grosse bague et il nous a fait voir sa montre marine, qui va dans l'eau, à ce qu'il nous disait, et qu'elle valait 7 à 8,000 francs.

M. le président : Et est-il revenu chez vous ?

Le témoin : Oh ! je crois bien !... pendant sept mois, dînant tous les jours ou déjeunant, et m'empruntant des 100 sous, 10 francs, toujours pour ne pas changer son billet, que d'ailleurs c'était censément ses visites que je lui payais, et que ça se monte à plus de 700 francs.

M. le président : Enfin, comment cela s'est-il terminé ?

Le plaignant : Ça s'est terminé qu'un jour voilà que ma femme... qui enflait toujours, qui dit : « Ah ! que je souffre, j'ai des douleurs, je ne peux y tenir ; va chercher le médecin. » Je cours chez lui, il n'y était pas ; il était déménagé. Je cours chez un autre ; il vient tout de suite, il regarde ma femme et il dit : « Eh bien ! elle va accoucher, votre femme, voilà ce qu'elle a. » Monsieur, une demi-heure après, j'étais père.

M. le président : Mais quels médicaments a-t-il donnés à votre femme pendant sept mois ?

Le témoin : Oh ! pas de pharmacien ; il ordonnait une bonne nourriture : des poulets rôtis, de bon poisson, de bon gibier, avec de bon vin de Bordeaux.

M. le président : Et il prenait sa part de cette médication ?

Le témoin : Oh ! et une bonne, et du melon, et ce qu'il y a de plus beau en fruits.

Le régime de la prison, auquel ce singulier médecin va être soumis pendant un an, va lui sembler bien dur après une ripaille de sept mois.

insectes ont disparu, suspendre le traitement: s'il en reste encore un petit nombre, injecter le sulfure de carbone à doses très réduites, afin de ne pas compromettre la vigueur des racines ou des radicelles qui se reconstituent. »

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 août 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

M. Nicaise, à propos du procès-verbal, cite un cas d'atrophie testiculaire consécutif à une orchite blennorrhagique chez un jeune homme de 22 ans. Trois mois après, le testicule était moitié moins gros que l'autre. L'influence de l'âge est manifeste.

M. Desprès : Il faut s'entendre sur la valeur du mot atrophie. Est-ce une diminution relative du testicule ou une disparition complète? De ce dernier cas, il n'y a pas d'exemple. Dans le premier, il ne faut pas oublier la proposition de Dupuytren, que la diminution d'un testicule amène l'hypertrophie de l'autre.

— M. Berger, rapporteur, lit, au nom d'une commission composée de MM. Perrin, Labbé, Berger, un rapport sur l'*Extraction faite à l'aide d'un aimant d'une parcelle de fer fixée près de la rétine dans le corps vitré*, par M. Galezowski.

Après examen ophthalmoscopique et détermination du siège du corps étranger, M. Galezowski incisa la sclérotique sur une étendue de 4 millimètres, puis fit, à l'aide d'une *sonde aimantée*, construite spécialement par Collin, une première tentative qui échoua. Mais il réussit, après avoir mobilisé le corps avec une pince. Quinze jours après l'opération, le malade pouvait lire les caractères n° 12.

De l'analyse de trente observations publiées à l'étranger (il n'y en a pas en France), la commission a conclu que, même dans les cas les plus favorables, indépendamment des désordres occasionnés par le trajet du corps étranger, et indépendamment de l'intensité des phénomènes inflammatoires secondaires, les résultats définitifs ne sont pas aussi bons que les résultats immédiats. Si la perte de l'œil n'a pas été la conséquence du traumatisme ni de l'inflammation consécutive, le développement retardé d'une irido-cyclite peut, même après une année écoulée, forcer le chirurgien à pratiquer l'énucléation ou l'énervation de l'œil pour prévenir l'ophthalmie sympathique.

M. Berger fait l'éloge du résultat brillant obtenu par M. Galezowski, mais regrette d'avoir à formuler des réserves pour l'avenir, un temps suffisant ne s'étant pas écoulé depuis l'opération.

On ne peut encore se prononcer sur la valeur du procédé opératoire employé. Il est certain que le malade a bénéficié des progrès qui ont été faits dans le manuel usité.

M. Desprès : Il est, en effet, impossible en ce moment de juger de la valeur du fait. Les

---



J'ai reçu une lettre, très bienveillante d'ailleurs, de M. Langlebert, pharmacien à Paris, qui me présente des objections au projet que j'ai timidement exposé de libérer la généralité des pharmaciens de Paris des conditions qui leur sont imposées en présence des accidents qui se produisent journellement dans les rues. Le défaut d'espace m'empêche de publier aujourd'hui la lettre de cet honorable correspondant, je la publierai prochainement, car ses réflexions me paraissent judicieuses et dignes d'être prises en considération.

D<sup></sup>r Simplice.

---

Laboratoire municipal. — Les inspecteurs du laboratoire municipal, installé à la Préfecture de police, ont visité, pendant le mois de septembre 1881, 3,499 marchés et établissements de toute nature. Ils ont fait détruire 91 fois des marchandises altérées.

Il est entré au laboratoire 606 échantillons, comprenant 169 prélèvements des inspecteurs et des commissaires, 437 produits apportés par le public; 546 analyses ont été terminées dans le courant du mois, et, sur ce nombre, 260 ont donné lieu à la qualification de mauvais non nuisible, et 21 seulement à celle de falsifié.

Sur les 260 échantillons déclarés mauvais, les vins, cidres, bières, figurent pour 193, le lait pour 45, les eaux pour 8.

Les 21 échantillons falsifiés comprennent 19 vins, 1 bière et 1 boîte de conserves.

Les résultats, comparés à ceux des mois précédents, tendent à montrer une amélioration sensible dans la qualité des denrées soumises à l'examen.

plaies de la sclérotique entraînent tôt ou tard la fonte de l'œil; il faut qu'on sache qu'une plaie chirurgicale de cette membrane est aussi périlleuse qu'une plaie accidentelle.

Un enfant de 14 ans, qui eut la sclérotique perforée par la pointe d'un couteau, guérit parfaitement en dix-sept jours. La vue était aussi bonne d'un côté que de l'autre. Un an après se produisit une hémorrhagie intra-oculaire qui fut suivie en un mois de l'atrophie de l'œil.

M. Giraud-Teulon : Il est à regretter que les idées de Pooley, détermination du siège du corps étranger par l'aiguille aimantée, n'aient pas été appliquées ici. Il faut arriver le plus près et le plus vite possible sur le point visé. On eût peut-être évité ainsi de racler la rétine avec une pince pour dégager la paillette.

Quant au pronostic, il formule les mêmes réserves.

M. Gillette a relaté plusieurs cas, un entre autres, dans lequel on put déplacer le corps étranger à l'aide d'un électro-aimant, pour en faciliter l'extraction. Il constate que les chirurgiens anglais n'insistent pas suffisamment sur les résultats éloignés.

L'extraction des corps étrangers dans les divers tissus, des aiguilles, a également été facilitée par l'application du magnétisme.

— M. Nicaise présente un malade sur lequel il a enlevé, il y a quinze jours, un *corps étranger du genou droit* et qui est complètement guéri.

Ce malade fit, il y a trois ans, une chute sur les genoux du haut d'une vergue de navire et tomba sur le pont. Trois mois après, le genou droit présentait tous les symptômes de la présence d'un corps étranger.

Le malade est entré le 20 juillet à l'hôpital. Le diagnostic fait, et l'intégrité de l'articulation étant constatée, M. Nicaise fit l'*arthrotomie*. Il incisa à la partie supérieure et externe du genou, couches par couches, y compris l'extrémité inférieure du vaste externe. Avant d'ouvrir la synoviale, il attendit que l'écoulement sanguin fût complètement tari. Le corps étranger, qui était maintenu immobile par un tube en caoutchouc obliquement placé, fut extrait sans difficulté. Trois points de suture, un profond, y compris la synoviale, et deux superficiels furent appliqués. La méthode listérienne fut appliquée avec toute sa rigueur. Le membre fut immobilisé dans une gouttière. Le troisième jour, les sutures furent enlevées; le sixième jour, le malade put remuer sa jambe, et, le dixième jour, il se leva. L'opération date de quinze jours et l'on voit le malade marcher avec la plus grande liberté.

M. Nicaise attribue ce résultat à l'emploi de la méthode antiseptique; il ne conteste pas néanmoins que le pansement ouaté, entre autres, ait donné d'aussi bons effets.

Il présente le corps étranger, qui mesure 80$^{mm}$ sur 16, et qui a la forme d'un gros haricot de Soissons. L'examen histologique en sera fait.

Quelle est la pathogénie de la lésion? C'est un point que, dans le cas particulier, il est impossible de résoudre.

M. Gillette ne croit pas qu'il faille attribuer au pansement de Lister le mérite de la guérison. Le pansement ouaté vaut tout autant. Il cite un fait à l'appui.

M. Desprès : C'est un cas exceptionnel; l'articulation n'était pas malade, le corps était très mobile, tout à fait libre d'adhérences, et facile à fixer dans le cul-de-sac, grâce à son volume et à sa forme.

M. Pozzi : Lorsque les corps étrangers du genou sont adhérents, le pédicule peut contenir un vaisseau, qui donne une hémorrhagie sérieuse et continue, difficile à arrêter, ainsi qu'il a eu l'occasion de le constater l'an dernier. Une arthrite aiguë suivit l'opération; le malade guérit en moins de deux mois.

— M. Monod soumet au jugement de la Société le cas d'une malade atteinte d'une hypertrophie mammaire double pendant le cours d'une grossesse.

Cette malade a déjà été enceinte deux fois. La première fois, elle fit une fausse couche; la seconde fois, elle arriva à terme, mais eut un engorgement énorme des seins, pour lequel elle suivit un traitement iodé, et perdit pendant le neuvième mois une quantité considérable de lait. Elle put allaiter durant un an, et, après le sevrage, tout rentra dans l'ordre.

Cette fois, après quatre mois de grossesse, les seins ont pris un développement colossal, la malade maigrit, devient cachectique.

En présence de cet état, M. Monod demande s'il ne conviendrait pas, de même que dans les cas de rétrécissement du bassin, de vomissements incoercibles, de provoquer l'avortement.

M. Desprès : Deux points sont à considérer : l'engorgement laiteux et l'état général.

D'abord, puisque la seconde grossesse s'est bien passée, on pourrait attendre.

En tout cas, je conseille de pratiquer le dégorgement des seins par la succion artificielle, qui provoque aussi l'avortement.

L'état général ne me paraît pas mauvais.

Il faudrait savoir si la malade mange, dort, si elle n'a pas perdu ses forces.

M. HORTELOUP : Le facies de la malade paraît assez altéré pour que l'on pose la question de l'avortement. Il serait bon de tenir la malade en observation pendant trois ou quatre semaines.

M. Marc SÉE : La succion artificielle épuisera la malade sans remédier à son état. L'engorgement se reproduira immédiatement.

M. MONOD : Plusieurs faits existent d'hypertrophie mammaire pendant la grossesse.

La succion a été employée deux fois avec un succès relatif.

Je ne connais pas encore suffisamment la malade, qui n'est dans mon service que depuis quelques jours. J'attendrai pour intervenir.

— La Société de chirurgie se déclare en vacances. Elle reprendra le cours de ses travaux le mercredi 5 octobre, à trois heures.

D^r A. TARTIVEL,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Paralysie pseudo-hypertrophique*, par M. le docteur DAMASCHINO. — Décrite pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), la paralysie pseudo-hypertrophique est une affection rare. Une jeune fille atteinte de cette maladie a fait l'objet d'une des leçons cliniques e M. Damaschino. Le début datait de l'enfance. Les caractères de la maladie, devenus plus nets vers l'âge de 12 ans, consistent dans l'augmentation du volume des masses musculaires des mollets, des cuisses et des fesses. L'ensellure est manifeste, et due à la faiblesse des muscles fessiers et spinaux. De plus, dans la marche, on observe le dandinement que Duchenne (de Boulogne) considérait comme caractéristique de la maladie. Cette jeune fille éprouve de grandes difficultés pour se baisser quand elle veut ramasser un objet à terre, ou lever le pied dans l'ascension d'un escalier. Les muscles qui résistaient au toucher, dans le début, ont présenté depuis une diminution de consistance. Leur contractilité s'est amoindrie et tout effort musculaire prolongé est devenu impossible. Enfin, ces phénomènes peuvent être localisés à quelques groupes musculaires seulement.

La coïncidence de l'affaiblissement des muscles avec l'augmentation de leur volume est le meilleur signe pour le diagnostic de cette affection. Toutefois, on peut la confondre avec la paralysie spasmodique, dans laquelle l'hypertrophie s'accompagne d'une véritable crampe analogue à la crampe des écrivains.

Le traitement préconisé par Duchenne (de Boulogne), c'est-à-dire les courants continus et l'hydrothérapie, a produit une amélioration chez cette malade, mais il est possible que cette amélioration ne soit que temporaire. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, p. 297; juillet 1881.)

Ch. E.

*Stérilité et dysménorrhée membraneuse. — Section du col en arrière et injection intra-utérine*, par M. W.-J. BARRETT. — M^me O. N..., âgée de 26 ans, éprouve des douleurs spasmodiques avant et pendant la durée de ses règles. Ces douleurs sont accompagnées de nausées et de l'expulsion de membranes. Dans l'intervalle des règles, la santé est parfaite. On constate, par l'examen au spéculum, que le col de l'utérus est allongé, que son orifice vaginal est étroit. Il existe de l'antéflexion et une augmentation de la longueur du canal cervical. On pratique l'incision du col suivant le procédé de Sims, et le canal peut alors être parcouru par une bougie exploratrice. La première époque menstruelle qui suivit l'opération fut exempte d'accidents. Ceux-ci firent également défaut pendant fes premiers jours de la deuxième période; mais, le troisième jour, les coliques utérines se montrèrent s'accompagnant de nausées aussi violentes qu'avant l'opération. Les vomissements persistaient jour et nuit; l'estomac était intolérant pour toute espèce d'aliments ou de boissons; le pouls était accéléré et la température diminuée.

La pression sur les ovaires et le contact du doigt sur l'utérus exaspéraient la douleur. En présence de ces accidents d'origine réflexe, on pratiqua une injection d'eau tiède dans la cavité utérine, après avoir constaté préalablement, au moyen d'une sonde volumineuse, que le canal cervical était libre. La première injection amena l'expulsion d'un peloton membraneux du volume d'un pois, et la cessation des vomissements. C'est le second cas de ce genre dont l'auteur est témoin; c'est aussi la seconde fois qu'il emploie avec succès la même médication et que les accidents disparaissent avec une telle rapidité. (*St. Louis Courrier of med. and collateral sciences*, p. 505. Juin 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

### Potion contre la diphthérie. — Cornilleau.

| | |
|---|---|
| Acide oxalique pur. . . . . . . . . . . . | 1 gr 50 centigr. |
| Infusion de thé vert . . . . . . . . . . . | 120 grammes. |
| Sirop d'écorces d'oranges amères. . . . . | 30 — |

Mêlez. — A prendre par cuillerées à dessert, de trois en trois heures, dans les cas d'angine diphthéritique. On administre en outre, toutes les heures, une tasse ou une demi-tasse, ou une quantité plus faible encore, suivant l'âge du malade, d'une tisane préparée de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Feuilles fraîches d'oseille. . . . . . . . . | 150 grammes. |
| Eau . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1000 — |

Dès le troisième jour du traitement, les fausses membranes diminuent d'étendue et d'épaisseur, et si le mal a été attaqué dès le début, la convalescence commence à la fin du premier septénaire. Ce traitement a paru avantageux aussi dans quelques cas de croup. — Prescrire un régime tonique, composé de lait, de bouillon, de vin, de café et de purée de viande crue.

N. G.

## COURRIER

La fièvre jaune. — Le docteur Talmy, médecin de 1re classe de la marine, part pour le Sénégal, chargé par le ministre d'une mission des plus délicates. Il s'agit de poursuivre au foyer de l'épidémie les recherches de M. Pasteur sur la fièvre jaune.

Ce travail devait se faire à Bordeaux, sur le *Richelieu*, qui était annoncé. Mais les malades de ce navire ayant succombé ou étant guéris pendant la traversée, le projet allait avorter, si M. Talmy n'avait accepté la tâche un peu hasardeuse d'aller continuer les expériences au Sénégal.

Un petit hôpital a Champigny-sur-Marne. — M. Guittard vient de léguer par testament à la commune de Champigny-sur-Marne, pour la création d'un petit hôpital devant aussi servir d'hospice de vieillards : 1° deux propriétés contiguës situées dans cette commune ; 2° un capital en espèces de 125,000 fr. destiné à l'entretien dudit hôpital.

Sirop de cerises. — On lit dans le *Journal d'Hygiène* : Notre collègue, M. Charles Pavesi, de Mortara, a donné récemment la formule d'un sirop de cerises (espèce visciole, cerise aigre) qui jouissant de propriétés diurétiques, laxatives et rafraîchissantes, est employé avec succès dans les affections génito-urinaires d'origine inflammatoire ou diathésique (goutte, rhumatisme, sécrétions exagérées d'acide urique).

Ce sirop offre une consistance assez notable, il est limpide, de couleur rose, de saveur aigrelette, très soluble dans l'eau.

« On sait, ajoute le savant chimiste, que les cerises comme les fraises sont riches en citrates, malates et tartrates de potasse.

« Dans le sirop que je propose pour l'usage thérapeutique, figure l'acétate de potasse, cet antiphlogistique par excellence pour les médecins des temps passés, et que nos confrères de la génération présente semblent avoir trop oublié. »

Le tunnel sous la Manche. — L'*Avenir d'Arras* annonce le prochain achèvement d'une galerie d'essai du tunnel sous-marin entre la France et l'Angleterre. Il ne s'agit plus aujourd'hui de projets ou de tâtonnements. On travaille d'une manière régulière. Les galeries actuellement en percement doivent avoir du côté français environ 1,800 mètres et du côté anglais 1,600 mètres.

C'est ce travail qui se poursuit en ce moment dans les meilleures conditions possibles. Lorsqu'il sera achevé, ce sera un peu plus du dixième du tunnel qui se trouvera tracé. En effet, la longueur de la galerie souterraine doit être exactement de 29 kilomètres 200 mètres. C'est la longueur mesurée au niveau de la marée basse. Seulement, avec les galeries d'accès du côté anglais comme du côté français, il faut compter au moins sur 2 kilomètres en plus.

Cet hiver, probablement à la fin de novembre ou au commencement de décembre, on pourra examiner les résultats des premières sections entreprises sur le territoire de France et sur celui d'Angleterre.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## DE L'EXTIRPATION DES ANGIOMES PULSATILES,

Par L.-Gustave Richelot,

Agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

(Travail lu à la Société de chirurgie, séance du 9 février 1881.)

L'histoire de l'intervention chirurgicale dans les angiomes, et en particulier dans la variété qui a reçu le nom de *tumeur cirsoïde,* est encombrée d'une foule de procédés dangereux ou inutiles, dont l'invention malheureuse reconnaît plusieurs causes : 1° l'hésitation naturelle dont les chirurgiens de l'époque qui nous précède étaient fatalement victimes en face d'une question encore mal étudiée, hésitation à laquelle nul n'échappe en pareil cas, et d'où résulte que les méthodes les plus simples sont souvent celles qui viennent les dernières à l'esprit; 2° une crainte salutaire qui dominait alors et devait dominer les chirurgiens prudents, toutes les fois qu'ils se trouvaient mis en demeure de créer une plaie, c'est-à-dire une source d'érysipèle et d'infection traumatique; 3° enfin une autre crainte, moins légitime que la précédente, parce qu'elle n'avait pour mobiles qu'une insuffisance d'outillage, peut-être aussi de vieux préjugés, je veux parler de la peur du sang, qui me semble régner encore dans une certaine mesure, et exercer parfois une influence peu justifiée sur le choix des méthodes opératoires.

Je ne m'arrêterai pas sur la première de ces causes. Il serait puéril de reprocher à Breschet ou à Robert d'avoir manqué d'expérience dans les jugements qu'ils ont portés sur des cas nouveaux pour eux et qu'on n'observe pas très souvent. Mais la *peur de la plaie* et celle de l'*hémorrhagie* méritent d'être discutées; c'est d'elles que sont nées les ligatures des vaisseaux principaux ou secondaires, celles des carotides primitives ou des branches voisines de la tumeur, procédés dont les résultats ont été généralement nuls, incomplets ou déplorables, et dans l'examen desquels je ne veux pas entrer après tant d'autres (1). Pour éviter les détails inutiles, je me

(1) *Des anévrysmes cirsoïdes,* par F. Terrier, thèse d'agrégation, 1872. — Article *Cirsoïde,* par Le Fort, Dict. encyclop. des sc. méd., 1re série, t. XVII, 1875.

# FEUILLETON

## EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ.

### VI

Téléphones et micro-téléphones. — La téléphonie médicale. — Télescopie électrique. — Auditions téléphoniques.

C'est une chose assurément singulière que la rapide facilité avec laquelle l'esprit de l'homme s'habitue aux découvertes les plus prodigieuses. La veille encore, l'idée de ces merveilles paraît chimérique, déconcerte le raisonnement; l'imagination, stupéfaite de la hardiesse de telles conceptions, n'ose franchir certaines limites au delà desquelles elle place l'impossible. Le lendemain, l'impossible est réalisé, accepté et mis à la portée de tous sous forme, par exemple, de l'étroite plaque de tôle d'un téléphone, ou bien du mince fil métallique d'un câble transatlantique. Le savant impose une dénomination à sa récente découverte; ce nom passe en quelques jours dans le vocabulaire usuel, et le génie de l'homme, qui hésitait à pénétrer dans cet inconnu, est déjà familiarisé avec sa nouvelle conquête.

Voici la téléphonie, la plus moderne des découvertes contemporaines, et le téléphone, le dernier né parmi les nombreux rejetons de la science de l'électricité. L'un et l'autre sont aujourd'hui choses naturelles : leur nom est dans toutes les bouches, et déjà on téléphonierait, — tel est le terme créé pour désigner l'exercice de cet art, — avec autant de facilité qu'on télégraphiait, si les droits excessifs perçus par l'État sur la pose des lignes électriques ne maintenaient les abonnements à un prix très élevé, en France du moins.

En ce même moment, cette même électricité, étendant plus loin son domaine, intervient de

bornerai à mettre en parallèle la méthode modificatrice la plus estimée, celle des *injections coagulantes*, et la méthode destructive par excellence, l'*extirpation*, à l'aide du bistouri ou d'un instrument hémostatique.

Decès, dans sa thèse inaugurale en 1857, avait surtout préconisé l'ablation. Cependant M. Verneuil, après les faits de Broca et les discussions de la Société de chirurgie, écrit en 1858 que « le perchlorure de fer, les caustiques coagulants doivent être utilisés tout d'abord; en cas d'insuccès, on peut avoir recours à la ligature en masse et à l'instrument tranchant. » En 1867, M. Gosselin rejette la ligature des troncs artériels et l'ablation totale avec le bistouri, « parce qu'elles sont assez graves pour compromettre les jours. Je les réserverais, dit-il, l'une ou l'autre pour le cas peu probable et qui ne s'est pas encore présenté, où le perchlorure de fer aurait été employé sans succès. » La grande confiance du savant chirurgien dans le perchlorure de fer tient sans doute à ce que la méthode n'était pas alors très loin de ses débuts, et ses préventions contre l'ablation totale ne sont plus d'accord avec les résultats acquis. Quand M. Terrier, après avoir exposé dans sa thèse d'agrégation les beaux succès de l'opération radicale et constaté qu'elle guérit presque toujours l'anévrysme cirsoïde, ajoute qu'elle est « très grave en raison de la perte de substance qu'elle détermine et de l'hémorrhagie considérable qui l'accompagne presque fatalement », il me paraît la juger avec trop de réserve, et craindre à l'excès la perte de substance ou l'hémorrhagie; car les faits démontrent que jamais l'écoulement sanguin n'a compromis la guérison, et la continuité des succès, comme le dit M. Le Fort, « prouve mieux que tous les raisonnements en faveur de l'excision. » Néanmoins ce dernier auteur estime que la méthode des injections est « la meilleure à employer dans le traitement de l'angiome artériel rameux »; il avoue qu'elle est moins sûre que sa rivale contre les récidives, mais il donne la préférence au perchlorure si la tumeur est large, mal circonscrite, si les vaisseaux qui en partent sont nombreux et très-dilatés.

Sans doute, l'opération radicale n'est pas toujours possible, à cause du siège ou de l'extension du mal. Aussi n'y a-t-il pas lieu de repousser les méthodes plus lentes, arrivant au but par une voie détournée. Mais où doit s'arrêter la hardiesse du chirurgien? Je pense qu'on peut aller très loin, et considérer l'ablation comme une opération généralement laborieuse à la vérité, mais très souvent praticable. En d'autres termes, je lui donnerais le pas volontiers sur la méthode des injections

---

plus en plus à la fois dans la satisfaction de nos besoins les plus usuels et de nos passions les plus violentes. Cette force universelle, qui transporte notre voix et notre pensée, qui allume nos modestes becs de gaz, donne le feu à nos cigarettes et la lumière à nos puissantes lampes électriques, peut, à l'aide des exploseurs, enflammer une amorce de Paris à Bordeaux. Un jour viendra, sans doute, où les Cartouches et les Mandrins de l'avenir n'auront plus qu'à pousser un bouton métallique pour foudroyer leurs victimes à distance.

Moyens de protection contre les accidents et les voleurs dans les avertisseurs des trains de chemins de fer, les sonnettes à incendies et les indicateurs électriques de sûreté pour les portes d'appartements, ces mêmes instruments, appliqués à l'art de la guerre, deviennent de puissants agents de destruction, servent à allumer l'incendie, à faire éclater les torpilles qui, en quelques instants, foudroient des escouades de soldats, ou anéantissent l'équipage entier d'un navire; c'est l'organisation scientifique du meurtre à distance. Un choc, le bruit d'une explosion, un nuage de fumée, et le navire est englouti sous les eaux, fût-il un puissant cuirassé : matériel et équipage, tout est anéanti, à l'exception de quelques rares survivants qui étaient sur le pont. Il suffit, sur un ordre téléphonique, au torpilleur, à l'abri dans un observatoire, d'où il examine la rade tout entière et la position du navire, d'abaisser le bouton d'un commutateur pour accomplir, en moins d'une seconde, cet acte de destruction. Telle est la guerre de l'avenir : et cette guerre suivant la science ne sera plus même un art. Elle deviendra un problème de mathématique appliquée, ou une question de mécanique; ce sera Mars vaincu par Minerve.

Mais cette même électricité se fait aussi plus modeste et plus bienfaisante envers l'humanité, quand elle devient l'unique et universelle servante sous forme d'un bureau d'électriciens en communication avec les nombreux habitants d'une ville ou d'un quartier, et en syndiquant tous les besoins des abonnés. La téléphonie est la réalisation pratique de ce rêve, et cepen-

coagulantes, au lieu de la mettre en seconde ligne comme presque tous les chirurgiens l'ont fait depuis l'invention du perchlorure de fer. A l'appui de cette opinion, j'invoquerai plusieurs arguments.

A) *La plaie n'est pas à craindre.* — S'ingénier à trouver des méthodes qui dispensent de l'intervention sanglante, n'est plus dans l'esprit de la chirurgie moderne. Les pansements antiseptiques n'ont pas supprimé la mort en chirurgie, et la pyohémie malgré eux figurera longtemps encore dans le cadre de nos études; mais on peut affirmer dès maintenant que les accidents graves sont devenus l'apanage à peu près exclusif des traumatismes compliqués, des blessures des grands os, des plaies soignées avec négligence ou parti pris. Est-il encore des chirurgiens qui se souviennent que l'écraseur linéaire était dans la pensée de son auteur un préservatif contre l'infection tout aussi bien qu'un instrument d'hémostase? En est-il un grand nombre qui, pour éviter la septicémie ou l'érysipèle, préfèrent au bistouri l'action lente, douloureuse et irrégulière des caustiques? Les plaies ne marchent plus aujourd'hui comme autrefois; et la transformation est si profonde, que bien des discussions sur la thérapeutique, ayant pour base la crainte d'entamer les téguments, sont maintenant tombées dans l'oubli. En même temps, je le sais, la chirurgie est devenue très conservatrice; mais si nous tenons plus que jamais à nous armer de patience quand il s'agit d'épargner un membre, il est permis d'avancer que la conservation d'une tumeur n'est pas chose si intéressante en elle-même.

B) *L'hémorrhagie n'est pas à craindre.* — Comme les pansements, l'hémostase a fait de grands progrès. Reste-t-il aujourd'hui beaucoup d'opérations qui soient contre-indiquées par le danger de l'écoulement sanguin? Je ne veux pas dire que toute opération soit, à ce point de vue, d'une exécution facile, et que, dans l'extirpation d'une tumeur cervicale, le voisinage de la carotide ne crée pas un péril. Je demande si, en mettant à part quelques sujets épuisés, le sang *qui doit couler* dans une opération est jamais une raison de s'abstenir. La peur du sang a fait condamner la thyroïdectomie par d'habiles chirurgiens, qui pour toute défense contre l'hémorrhagie avaient les doigts de leurs aides et l'habitude d'opérer vite. Aujourd'hui, les faits que possèdent quelques-uns de nos maîtres, un dernier qui m'est

---

dant déjà ce téléphone, qui fait seulement entendre, est sur le point d'être complété et distancé par la télescopie électrique.

En pressant sur le bouton d'un de ces derniers appareils électriques, on pourra non-seulement causer avec un ami, conférer avec un notaire, donner des ordres à un agent de change ou connaître les nouvelles politiques, mais encore on verra à distance ces amis ou ces personnages. Dans son cabinet, par exemple, le chef de l'État pourra assister, par la vue et par l'oreille, aux discussions de la Chambre ou du Sénat. Enfin, résultat admirable, on contemplera de son salon un paysage de la Normandie ou des Pyrénées, ou, un jour, de Marseille, de Bruxelles ou de Londres, on examinera des tableaux exposés au Palais de l'Industrie. Quel merveilleux prodige, par exemple, de pouvoir contempler simultanément, à Paris et à Genève, le *François Borgia* de Jean-Paul Lesnier, éclairé par les lampes d'Edison, le *Repos* de Benner, les *Cerfs* de Joblin, ou l'*Atelier* de Bompard, illuminés par les rayons blafards de la lumière électrique!

Dans un temps qui n'est donc pas éloigné, assis dans son cabinet, le médecin, au moyen du téléphone, pourra converser avec ses malades, et peut-être même, la télescopie aidant, les examiner.

Mais, avec ces avantages, que d'inconvénients! Un coup de sonnette! C'est un dyspeptique qui est gros mangeur et fanatique du pâté de foie gras, de la dinde truffée ou des crus ler plus généreux de nos coteaux; la gourmandise et la vue d'un repas plantureux lui font oublies sa maladie. Cependant il veut faire absoudre par avance son infraction au régime, et il demande au médecin l'autorisation de se donner une indigestion... selon la formule. Nouveau coup de timbre! C'est une de nos élégantes. Le docteur l'a visitée le matin et elle avait ses nerfs. Mais son mari vient de partir au cercle, à la chasse ou en voyage; elle brûle de quitter sa chambre ou son boudoir; il faut l'autoriser à sortir, elle est inquiète de son cousin, le jeune lieutenant de hussards que vous savez, auquel elle porte un si vif intérêt... C'est ainsi que

propre, et que j'ai communiqué récemment à la Société de chirurgie, nous autorisent à dire que le principal danger n'est pas là. Or, si l'ablation du corps thyroïde, qui est et doit rester une opération exceptionnelle, n'est pas très grave par le sang, quelle autre le sera davantage? J'irai jusqu'à dire que la hardiesse nouvelle des chirurgiens est ou doit être indépendante de l'invention des instruments dits hémostatiques, et qu'elle ne devrait pas les abandonner le jour même où, l'écraseur et la section thermique disparaissant, le bistouri et les pinces à pression continue resteraient seuls entre leurs mains. Je sais que le thermo-cautère, manié au rouge sombre, avec une extrême lenteur et par ponctions successives, peut donner des opérations exsangues; mais cela n'arrive, si je ne me trompe, que dans les cas où l'écoulement provoqué par le bistouri eût été facile à combattre. Quand les artères sont volumineuses, le thermo-cautère ne suffit plus; c'est la conclusion à tirer des observations qu'on lira plus loin. Dans l'une M. Verneuil, après l'incision des téguments et de quelques vaisseaux afférents à la tumeur, jugea bon de substituer l'écraseur au couteau rougi; par l'autre on acquiert encore mieux la preuve que la section thermique perd son utilité justement dans les cas difficiles, car le galvanocautère a coupé les gros vaisseaux comme l'eût fait le bistouri, et les flots de sang qui s'échappaient n'ont été réprimés que par la forcipressure. Le couteau rougi manque aussi de valeur toutes les fois qu'une dissection minutieuse est de rigueur, et que le succès opératoire, en particulier la sûreté de l'hémostase, sont liés à la précision des mouvements et à la délicatesse du doigté chirurgical. Ce n'est donc pas un paradoxe de prétendre que dans les opérations *très hémorrhagiques*, et dans les opérations *de précision*, l'instrument le plus sûr contre l'effusion du sang est encore le bistouri.

Mais je ne veux pas discuter les mérites relatifs des divers moyens d'hémostase. J'ai voulu dire que ces moyens sont nombreux et rassurants, qu'aujourd'hui la lenteur et le sang-froid des chirurgiens ont rendu possibles des opérations condamnées par Dupuytren, Velpeau et bien d'autres. Et, pour revenir aux tumeurs cirsoïdes, je serai bien près d'avoir démontré qu'on doit les attaquer hardiment, si je montre par des faits : 1° que depuis les relevés statistiques de Terrier et de Le Fort, l'extirpation compte de nouveaux succès; 2° que dans certaines ablations l'hémorrhagie est peu gênante; 3° que le traitement par le perchlorure de fer, généralement très

---

le triomphe de la science peut devenir, mes chers confrères, la perte de votre tranquillité. Et même si Jean, votre domestique, refusait votre porte aux plus importuns de vos clients, ceux-ci auraient, grâce à la téléphonie, le moyen d'interrompre votre repos et de vous relancer nuit et jour. Aussi, évitez de vous abonner aux téléphones, ou, si vous le faites, ne le dites surtout pas à vos clients; autrement vous serez à la merci des névropathes qui ont leurs nerfs, des goutteux qui sont dyspeptiques et des jolies femmes qui demandent qu'on les éloigne de leurs maris, et enfin, selon l'expression d'Alexandre Dumas, de tous les individus « qui ont les maladies de ceux qui ont besoin d'en avoir une. »

Parmi les applications médicales du téléphone, d'ailleurs encore peu nombreuses, il en est une cependant qui nous réserve certainement des surprises pour l'avenir. C'est la méthode d'exploration des plaies au moyen du micro-téléphone. Cette méthode possède une précision et une sensibilité qui égaleront certainement la finesse du toucher de nos habiles chirurgiens, armés des stylets explorateurs les plus délicats. La *sonde micro-téléphonique* de Chardin permet de saisir avec l'oreille la présence des corps étrangers dans une cavité quelconque du corps, de reconnaître sa situation et sa nature, que ce corps soit constitué par du métal, du bois ou des fragments de tissus. Le dispositif en est des plus simples; une sonde métallique constitue l'explorateur; un appareil électro-magnétique sert de générateur de la force électromotrice; un micro-téléphone complète le système et fait saisir à l'oreille le bruit du contact de la sonde sur le corps étranger. L'exposant, contrairement à l'usage adopté par ses concurrents, a eu l'excellente idée de ne pas placer ses instruments sous des vitrines, de façon à permettre au visiteur de se rendre compte directement de leur construction et de leur fonctionnement.

D'autres instruments sont encore des applications de la téléphonie; leur utilité pratique a été exagérée; mais ils n'en ont pas moins un intérêt de curiosité. Tels sont le *cardiophone*, qui sert à l'étude des pulsations et des bruits du cœur; l'*artériophone*, destiné à l'auscultation

long, est quelquefois impuissant à réduire le volume de la tumeur et à suspendre la marche de l'ulcération; 4° que certains accidents liés à son emploi, et bien autrement difficiles à conjurer qu'une hémorrhagie opératoire, ne se laissent pas oublier et peuvent survenir malgré toutes les précautions. Ces divers points ressortiront clairement des deux observations qui vont suivre. La première a été recueillie à la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil, que je remplaçais pendant l'été de 1878; la seconde a été rédigée d'après des notes prises à la clinique du même maître. Je remercie mon collègue et ami, M. le docteur G. Bouilly, de la complaisance qu'il a mise à me communiquer des indications très complètes sur ce fait intéressant.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

# PATHOLOGIE

## NOTE SUR L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 22 juillet 1881,

Par M. V. CORNIL, médecin de la Pitié.

Suite et fin. — (Voir l'UNION MÉDICALE du 6 octobre.)

Les *follicules*, dont nous avons indiqué déjà la configuration générale, sont constitués par un tissu réticulé fin. Les fibrilles qui le composent ne sont pas notablement modifiées. Elles ont conservé leur gracilité et elles se continuent avec les faisceaux épaissis du tissu réticulé à larges mailles qui entourent les follicules. Aussi sur les coupes obtenues sur les pièces qui ont séjourné d'abord dans l'alcool au tiers, puis dans la gomme et l'alcool, et qui ont été ensuite nettoyées avec le pinceau, est-il facile de voir la différence du volume des travées du tissu réticulé examinées dans le follicule ou à son pourtour.

Les cellules contenues dans le tissu réticulé des follicules sont dans un état variable. Lorsque les follicules examinés à l'œil nu sont opaques et gris, ou gris jaunâtre, les cellules qui les remplissent, examinées à l'état frais après dissociation, sont granuleuses, assez volumineuses, de forme irrégulière, un peu aplaties,

---

des artères, et le *myophone* employé à l'auscultation des muscles. Ces instruments, de même que le *sphygmophone*, qui n'est qu'une modification du sphygmographe, et le *téléaudiphone* sont des tentatives plus ou moins heureuses d'appliquer la téléphonie à la biologie. Mais tout n'est pas encore dit relativement à l'utilité de ces appareils, qui sont loin d'être admis même dans la pratique des laboratoires de physiologie.

Quant à leurs applications cliniques, l'enthousiasme des inventeurs n'est pas suffisant pour les faire accepter par les cliniciens. Et d'ailleurs le médecin expérimenté aura toujours, pour l'examen physique des malades, une confiance plus légitime dans son oreille et dans sa main que dans ces merveilles de la mécanique. Se servir avantageusement d'une chambre claire pour tracer les lignes d'un paysage ne constitue pas un grand mérite chez l'artiste. Ce qui fait le génie d'un sculpteur ou d'un peintre, ce n'est pas certes l'exactitude de la photographie ou de la photosculpture, c'est l'art et le talent que les instruments les plus délicats ne peuvent remplacer. La médecine est un art, et on commet une erreur en lui demandant de devenir une science physique ou mécanique. Aussi, quels que soient les ingénieuses dispositions et le perfectionnement des appareils, il ne suffira pas, pour être habile médecin, de savoir bien les manœuvres, si on manque de la pénétration et de l'instinct cliniques qui ont fait les Bouillaud, les Trousseau et les nombreux maîtres qui sont l'honneur de la médecine française contemporaine.

Après avoir été soumis à tous ces engins perfectionnés, le malade, comme le diabétique dont le docteur Cyr a rapporté les impressions humoristiques dans les colonnes de l'UNION MÉDICALE, pourrait se demander « si toutes ces machines, cet attirail savant, n'étaient pas « un peu trompe-l'œil et ne servaient pas à masquer une insuffisance notoire. »

Et d'ailleurs, avec cette prétendue médecine de précision où n'en arriverait-on pas? Il ne faut pas en douter, on devrait bientôt peser et analyser à chaque repas les aliments et les boissons, mesurer avec un compteur la consommation de l'air, et bientôt même doser les

souvent avec des prolongements anguleux. Leur protoplasma granuleux contient des molécules de graisse. Elles renferment un seul noyau ovoïde volumineux muni d'un ou de plusieurs nucléoles. Le noyau se colore très bien en rouge par le carmin, mais le protoplasma reste jaune quand on emploie le picro-carminate d'ammoniaque. Sur les coupes obtenues après durcissement par l'alcool au tiers, la gomme et l'alcool, on voit que, dans ce tissu réticulé des follicules, les grosses cellules granuleuses à noyau ovoïde sont les plus nombreuses. Il y a peu de petites cellules lymphatiques rondes à noyau sphérique. Après l'action du pinceau qui déblaye en partie ce tissu, il est facile d'apprécier la forme de ces divers éléments. On constate, dans les parties les plus éclaircies par le pinceau, qu'il existe de petites granulations de graisse le long des fines travées du réticulum.

Ces grosses cellules granuleuses à noyau ovoïde proviennent-elles uniquement d'une hypertrophie des cellules plates qui sont, à l'état normal, contiguës aux fibrilles, ou sont-elles plutôt des cellules lymphatiques devenues plus volumineuses et dont le noyau s'est modifié? Il est assez difficile de se prononcer sur la provenance de ces éléments. Mais comme on connaît la facilité avec laquelle les cellules lymphatiques se tuméfient et absorbent les molécules organiques qui les entourent, on est fondé à penser que ces éléments constituent le grand nombre des cellules granuleuses des follicules.

Si les follicules sont ainsi altérés dans un certain nombre d'hypertrophies de l'amygdale, il en est d'autres dans lesquels les cellules contenues dans le tissu réticulé des follicules sont de petites cellules lymphatiques ordinaires.

Dans certains cas, les follicules contiennent plus ou moins de grandes cellules granuleuses en même temps que de petites cellules lymphatiques. Cela varie non-seulement quand on compare plusieurs amygdales, mais aussi les follicules appartenant à la même glande.

Lorsqu'on examine des coupes colorées au picro-carmin, on voit que la couleur des follicules diffère de celle du tissu réticulé périphérique, les premiers étant plus aunâtres que leur pourtour. Les détails dans lesquels nous sommes entrés expliquent très bien cette différence de coloration, et nous n'avons pas à y revenir.

*Cloisons fibreuses de l'amygdale.* — Les cloisons de tissu conjonctif qui partent

---

résidus de la digestion dans des vases de nuit gradués ou des water-closets munis d'appareils enregistreurs. Triomphe de la mécanique! Le malade est-il couché? il devrait alors reposer sur un lit à manivelle qui enregistrerait automatiquement son poids; un cardiographe, un pneumographe, un stygmographe reproduiraient les tracés de la respiration et de la circulation. Un thermographe électrique indiquerait sa température, et d'autres instruments l'acuité de la vue et de l'ouïe, le degré de la sensibilité cutanée, de sa puissance musculaire et même la vitesse de transmission des ordres de la volonté aux muscles. Marche-t-il? Un podomètre marquerait le chemin parcouru. Parle-t-il? Un téléphonographe enregistrerait ses paroles et un explorateur électrique du larynx transcrirait les modifications de sa voix. On mesure, on inscrit, on photographie donc les phénomènes de la vie végétative et de la vie de relation. Et tout cela pour arriver par une si grande précision à prescrire un médicament banal employé depuis deux siècles. Ce n'est pas faire moins d'efforts que la montagne qui accouche d'une souris. Aussi on peut, avec le docteur Cyr, répéter à ceux qui croient faire de la médecine, parce qu'ils manient ces instruments, qui sont du domaine du laboratoire et non de l'arsenal du clinicien : « Qu'ils continuent de cultiver, tant qu'il leur plaira, ce genre de médecine, « s'ils le trouvent lucratif; qu'ils continuent à perfectionner leurs petites machines et les « moyens d'en éblouir leurs clients; car cette prétendue médecine de précision est une pure « mystification (1). »

Il en est ainsi des plus belles découvertes; l'abus qu'on veut en faire ne tarde pas à les discréditer. Si la clinique ne se prête guère à l'emploi de ces instruments, la biologie pourra les utiliser. Par exemple si, comme l'assure M. Th. du Moncel, le microphone permet d'entendre le pas d'une mouche et de le comparer au piétinement d'un cheval, ce phénomène est assurément remarquable et doit certainement étonner tous les arrière-neveux de Voltaire. Mais ce

(1) UNION MÉDICALE, 1879.

de la capsule de l'amygdale, et qui divisent cet organe en autant de systèmes distincts qu'il y a de dépressions entourées de leur tissu réticulé, sont aussi, elles, notablement épaissies dans l'hypertrophie. Les faisceaux de fibres qui les constituent sont très épais, on les suit dans une assez grande longueur dans les coupes longitudinales, tandis qu'ils sont coupés en travers ou obliquement dans les coupes transversales. Ils sont séparés par des cellules aplaties.

*En résumé*, l'hypertrophie de l'amygdale est due à l'augmentation de volume du tissu réticulé et des follicules de l'organe, et à la formation nouvelle de faisceaux de fibres de tissu conjonctif dans le chorion de la muqueuse superficielle et de celle qui tapisse les dépressions. La muqueuse de la surface est étalée, repoussée par l'hypertrophie de l'organe, et elle est devenue lisse, ses papilles ayant presque entièrement disparu. La cavité des dépressions est réduite à de simples fentes en raison de cette même hypertrophie du tissu de l'amygdale.

Le tissu réticulé périfolliculaire présente des faisceaux de fibres de tissu conjonctif très épais, tandis que, dans le réticulum des follicules, on observe des cellules tuméfiées, granuleuses, à noyau ovoïde.

Pour expliquer et interpréter ces diverses lésions, il convient de rapprocher l'hypertrophie amygdalienne des autres lésions de la même glande et de celles des ganglions lymphatiques. C'est le seul moyen d'assigner une place à cette maladie dans le cadre pathologique. Il est rationnel de comparer cette inflammation chronique scléreuse de l'amygdale, non seulement aux inflammations aiguës et chroniques du même organe, mais aussi à celles des ganglions lymphatiques, car le tissu réticulé et les follicules de l'amygdale ont exactement la même structure que ceux des ganglions lymphatiques. L'amygdale n'est autre qu'un ganglion lymphatique recouvert par la muqueuse buccale et percé de cavités crypteuses que tapisse cette muqueuse.

L'hypertrophie de l'amygdale, maladie essentiellement chronique, diffère absolument de toutes les inflammations aiguës. Que voyons-nous en effet dans celles-ci? Lorsqu'elles sont superficielles, catarrhales, liées à une impression de froid ou à un exanthème cutané, la muqueuse qui recouvre l'amygdale est seule atteinte; sa

---

n'est pas tout cependant, et voici M. Hughues, à son tour, qui dit avoir entendu le cri de la mouche. Entendre le cri de la mouche! Est-ce un cri d'amour ou un cri de mort? On l'ignore encore.

Quant au télescope électrique, deux physiciens anglais, MM. Ayrton et Perry, auront l'incontestable honneur d'en être les premiers inventeurs. Il est regrettable que leurs appareils, qui ne sont encore que des modèles provisoires, n'aient pas été envoyés dans les vitrines de l'Exposition. Si la téléphonie a été une véritable révélation, la découverte de la télescopie électrique aura encore un plus grand retentissement. Cette question n'est plus à la période d'essai; car le premier télescope électrique de MM. Perry et Ayrton, grossier encore, bien entendu, a été réalisé et présenté dernièrement aux membres de la Société de physique de Londres. Le problème est certainement un des plus merveilleux dont la science humaine ait jamais trouvé la solution. Il consiste à faire voir à distance, au moyen de la force électrique, les images des objets en repos ou en mouvement. C'est donc une véritable *seconde vue*. Le point de départ de ces recherches a été la singulière propriété que possède le selenium d'être impressionnable aux rayons lumineux, et, sous l'influence de ces derniers, de varier de conductibilité.

Pour utiliser ces propriétés, MM. Perry et Ayrton ont adopté en principe le dispositif suivant. Le poste transmetteur est formé d'un disque plan, muni sur l'un de ses secteurs d'un nombre considérable d'éléments de selenium juxtaposés les uns aux autres. Sur ce disque animé d'un rapide mouvement de rotation, on projette l'image qu'on veut transmettre à distance. Le poste récepteur est un miroir très mince de forme circulaire, et dont la vitesse de rotation est la même que celle du disque transmetteur. L'un des secteurs de ce disque est divisé par des cloisons, de sorte que l'aspect est celui de séries d'alvéoles contiguës les unes aux autres. Chacune des cloisons porte un électro-aimant dont le noyau vient butter contre le miroir. On sait que, sous l'influence d'un courant, chacun de ces noyaux peut se dilater ou

couche épithéliale, son chorion muqueux présentent entre les cellules épithéliales, ou entre les fibres du tissu conjonctif, des cellules lymphatiques migratrices plus ou moins nombreuses; il en résulte une desquamation considérable de l'épithélium superficiel, une sécrétion muqueuse, une tuméfaction de la muqueuse. Presque toujours alors la muqueuse qui tapisse les dépressions est altérée de la même façon, et les cellules épithéliales desquamées s'accumulent avec le mucus et de très nombreuses cellules lymphatiques dans les cryptes amygdaliens qui sont d'abord distendus et qui plus tard vident leur contenu à la surface de l'amygdale. Dans ces inflammations superficielles et bénignes, le tissu réticulé est atteint à un très faible degré; si l'amygdale est augmentée de volume, cela tient surtout à la distension de ses cavités crypteuses; aussi voit-on souvent cette augmentation de volume diminuer et disparaître du jour au lendemain en même temps que du muco-pus s'élimine peu à peu par le goulot de plusieurs dépressions crypteuses.

Mais les amygdalites plus intenses, plus profondes, liées ou non à la présence de microbes infectieux, se caractérisent aussi par une hypertrophie considérable des follicules et du tissu réticulé. Dans les amygdalites de la diphthérie et de la scarlatine, par exemple, le tissu réticulé et les follicules sont bourrés de globules blancs, et ils sont augmentés de volume presque autant que dans l'hypertrophie chronique des amygdales. Dans la diphthérie, la muqueuse superficielle et celle qui tapisse les dépressions présentent en outre la chute de l'épithélium et les fausses membranes sur la description desquelles j'ai insisté dans un récent travail.

Ainsi l'inflammation aiguë diffère de l'hypertrophie, parce que, dans la première, on rencontre dans toutes les couches de la muqueuse et dans le tissu réticulé une quantité considérable de cellules lymphatiques migratrices, tandis que, dans l'hypertrophie, on a affaire à une néoformation de tissu fibreux. C'est précisément le rapport qui existe constamment entre les inflammations aiguës et les inflammations chroniques dans tous les organes. Dans l'hypertrophie, nous trouvons, en outre de la sclérose, cette accumulation dans les follicules de grandes cellules à noyaux ovoïdes contenant souvent des granulations graisseuses que nous avons signalées plus haut et qui remplacent les petites cellules lymphatiques.

Cette hypertrophie des cellules lymphatiques des follicules nous paraît occa-

---

se contracter, et, par conséquent, entraîner dans ces mouvements d'expansion ou de retrait la petite surface du miroir sur laquelle il s'appuie. La résultante de ces actions sera des alternatives de concavité et de convexité à la surface du miroir; et, par conséquent, dans l'éclairement, des variations en rapport avec les changements produits par la lumière sur les éléments de selenium. La rotation a pour but de donner à la rétine la sensation de persistance des impressions lumineuses, qui se produira, comme on le sait, chaque fois que le disque possédera une vitesse supérieure à un tour par seconde.

La sensibilité de cet instrument dépend donc du nombre des éléments de selenium. Aussi, en considérant la disposition de ces éléments juxtaposés, il est impossible de ne pas les comparer avec les couches des bâtonnets de la rétine, et d'assimiler les fils multiples des électro-aimants aux nombreuses fibres nerveuses qui partent de ces bâtonnets pour aboutir aux pôles des cellules nerveuses.

Le télescope électrique est donc une combinaison à la fois des propriétés des miroirs japonais, du photophone de Bell et des propriétés singulières du noyau des électro-aimants découvertes par Wertheim. Il y a loin de ce merveilleux instrument à la classique lunette de Galilée, et même aux procédés déjà remarquables de la photographie optique et de la télégraphie optique. Cet instrument excitera plus encore l'enthousiasme du public que les téléphones, qui sont déjà aujourd'hui si populaires.

Et, cependant, quelles exclamations de surprise parmi les auditeurs qui assiègent les portes des salons téléphoniques de l'Exposition, quand ils écoutent les chants de l'Opéra, ou les comédies du Théâtre-Français, ou bien les chœurs des trompes de chasse! Quelle stupéfaction à la vue des dispositions, en apparence si simples, qui permettent d'entendre les choristes de l'Opéra exécuter la prière de la *Muette* ou le chœur des chasseurs de *Freischutz!* Transporter l'Opéra à domicile, que d'heureux la téléphonie ne fera-t-elle pas? Et quel étrange contraste avec nos mœurs et nos habitudes d'entendre, de son lit, M[lle] Krauss répéter de sa voix vibrante, dans le *Tribut de Zamora* :

sionnée non-seulement par l'inflammation chronique et par une hypernutrition de ces cellules, mais aussi par leur rétention. Il est évident, en effet, que la circulation de la lymphe ne peut pas s'effectuer librement, comme à l'état normal, dans un tissu réticulé dont les fines travées sont remplacées par du tissu conjonctif fasciculé.

L'hypertrophie amygdalienne est donc une inflammation chronique scléreuse de l'amygdale.

Ainsi modifiée, l'amygdale, malgré son augmentation de volume, ne paraît pas posséder une circulation active. Il s'écoule peu de sang après sa section par l'amygdalotome, et son tissu est pâle lorsqu'on le coupe suivant le grand diamètre de l'amygdale après l'opération. Cette particularité est expliquée par l'état des parois vasculaires entourées, ainsi que nous l'avons vu, de faisceaux épais de tissu conjonctif. On sait, au contraire, combien l'hémorrhagie peut être abondante, si l'on coupe avec l'amygdalotome une amygdale atteinte d'inflammation aiguë. Là, en effet, les parois vasculaires sont entourées d'un tissu rendu encore plus friable par l'inflammation aiguë, infiltré qu'il est par du liquide et par des cellules lymphatiques.

Comparée avec l'hypertrophie scrofuleuse des ganglions lymphatiques, l'hypertrophie amygdalienne s'en rapproche par plusieurs caractères très importants tandis qu'elle en diffère par un autre également essentiel.

Entre la scrofule ganglionnaire et l'hypertrophie amygdalienne, les lésions communes sont l'épaississement du tissu fibreux de l'enveloppe et des cloisons, la transformation du tissu réticulé périfolliculaire en tissu conjonctif fasciculé et les lésions des follicules. Les cellules des follicules présentent, en effet, dans les deux cas, un état granuleux de leur protoplasma et des noyaux ovoïdes. La dégénération est toutefois plus prononcée dans les ganglions scrofuleux.

Le caractère différentiel entre la scrofule ganglionnaire et l'hypertrophie amygdalienne consiste dans l'absence de cellules géantes dans cette dernière.

J'ai cherché dans un assez grand nombre de faits d'hypertrophies les cellules géantes sans jamais en découvrir, tandis qu'elles se rencontrent, comme on le sait, dans les adénites scrofuleuses.

---

**Allons, debout, enfants de l'Ibérie!**

Aussi les quatre salons d'auditions téléphoniques auront été certainement la grande attraction de cette exposition. Chacun d'eux est une carcasse en bois tendue, au dedans et au dehors, d'épaisses et magnifiques tapisseries et fermées par des portes capitonnées. Quatre fils sortent du mur et aboutissent à la plaque vibrante de chaque paire de récepteurs téléphoniques. L'auditeur applique un récepteur sur chaque oreille. Du salon, les fils se rendent à l'égout, et, de là, au Théâtre-Français et à l'Opéra. Singulier chemin que prennent les accents de *Robert le Diable* ou les vers frémissants d'*Alceste* pour arriver aux oreilles des auditeurs! Molière et Meyerbeer se faisant entendre à travers l'égout, quel naturalisme!

Arrivés sous le plancher de la scène, les fils téléphoniques se rendent à des transmetteurs situés dans la cabane du souffleur. Les transmetteurs sont d'une construction particulière; une large et mince plaque de bois de sapin, vibrant à la manière de la table-harmonie des instruments de musique, recouvre la boîte qui contient le microphone.

A l'aide de ce modeste instrument, les sons les plus faibles, par exemple, le bruit d'une mouche se promenant sur la tablette de sapin, sont nettement perçus par l'auditeur qui écoute au Palais de l'Industrie. Cette sensibilité a bien ses inconvénients : elle rend un peu confus les sons produits par les instruments à archet, amplifie les bruits de la salle et, pendant les ballets, étouffe l'orchestre sous le bruit des pas des danseurs. C'est pour obvier à quelques-uns de ces inconvénients que les transmetteurs ont été isolés de la salle et placés auprès du souffleur.

Tous les transmetteurs situés à gauche du souffleur sont en communication avec les récepteurs de gauche du salon téléphonique, et la disposition inverse existe pour les transmetteurs et les récepteurs de droite. Il en résulte que l'auditeur peut se rendre compte des déplacements de l'acteur. Se dirige-t-il sur la partie droite de la scène, aussitôt le récepteur de

L'amygdale hypertrophiée ne ressemble nullement du reste à l'amygdale tuberculeuse. Celle-ci est, en effet, très rapidement atteinte d'érosions et ulcérations qui présentent à leur bord et à leur fond de petites granulations dont le centre est habituellement jaune et opaque, tandis qu'au contraire la surface de l'amygdale hypertrophiée reste lisse, grise ou gris-rosé, sans ulcérations. Au microscope, on trouve très facilement, dans la tuberculose amygdalienne, des cellules géantes en quantité considérable, occupant généralement le tissu réticulé des follicules. De plus, les cryptes sont distendus par une desquamation épithéliale mêlée à de la suppuration.

Tout en faisant des restrictions sur la possibilité de la tuberculisation d'une amygdale hypertrophiée, mais sans avoir vu rien de pareil, je crois donc pouvoir séparer absolument l'hypertrophie d'avec la tuberculose.

L'hypertrophie amygdalienne présente avec la scrofulose ganglionnaire un autre point de contact, c'est qu'elle détermine souvent une hypertrophie et une induration persistante des ganglions lymphatiques du cou.

Ainsi, il existe, au point de vue de l'anatomie et de l'histologie pathologiques, bien des points de contact entre la maladie qui m'occupe et la scrofule ganglionnaire. Il manque toutefois un caractère important, la présence des cellules géantes.

Quelle est la cause de cette lésion? Quels sont ses rapports avec la constitution des enfants? On s'accorde généralement à la considérer comme la résultante d'inflammations répétées de la muqueuse buccale et amygdalienne chez des sujets, chez des enfants d'une constitution chétive, et on en fait alors une altération liée à la scrofule. Je n'y contredis nullement, tout en rappelant, à propos de la scrofule considérée en tant que diathèse, toutes les réserves que j'ai faites dans une précédente communication.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Du traitement des convulsions éclamptiques au moyen des injections hypodermiques de morphine*, par le docteur Maberly-Smith (de Melbourne). — L'auteur a essayé, dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, d'après l'avis du docteur Felkerston, de substituer les injections de morphine à l'emploi, le plus souvent inefficace, du chloral, du bromure de potassium,

l'oreille droite est plus vivement impressionné; se rend-il du côté gauche, le fait inverse se produit et la voix semble passer brusquement d'un récepteur dans l'autre.

Si les chanteurs et les chœurs sont nettement entendus, il n'en est pas de même de l'orchestre, soit à cause de la disposition des transmetteurs, disposés surtout pour recevoir les sons venant de la scène, soit à cause de la vibration différente des divers instruments. C'est ainsi que les sons des instruments en bois sont un peu confus parce qu'on entend trop le raclement de l'archet sur la corde, tandis que les instruments à vent, la flûte, par exemple, donnent téléphoniquement des sons très agréables.

Les résultats sont moins heureux pour les auditions du Théâtre-Français; mais ces imperfections sont passagères et ne compromettront pas l'heureuse solution de la question des auditions téléphoniques à distance.

La vue des décors et des acteurs fait seule défaut encore; mais quelque jour, sans doute, la télescopie électrique comblera cette lacune, et alors l'illusion sera complète. Dès maintenant, d'ailleurs, de son salon ou de son lit, on pourrait entendre les représentations théâtrales. C'est donc un problème résolu que la question de l'opéra chez soi.

Un habile constructeur d'appareils d'électricité a eu la pensée originale, et peut-être même un peu ironique, d'imiter le système des auditions téléphoniques dans un autre local de l'Exposition au moyen d'une boîte à musique et d'un téléphone placé dans la salle voisine. Donner de telles auditions dans le même Palais, et à quelques mètres du salon où se font entendre l'orchestre et les chœurs de l'Opéra! Singulière idée! Reproduire les ritournelles d'un orgue de Barbarie avec le même instrument qui sert à transmettre les mélodies de Rossini! Quelle ironie! Mais tout n'est-il pas ironie dans cette Exposition, jusqu'à ces écussons qui décorent la section espagnole sous forme de sabliers, images du temps, brisés par un éclair.

Dr Ch. Eloy.

des émissions sanguines et du chloroforme. Les succès obtenus par cette méthode le conduisent aux conclusions suivantes : la quantité de morphine de chaque injection doit varier de un quart à un tiers de grain. La solution simple de morphine est plus efficace qu'un mélange de morphine et d'atropine. Une dose massive est préférable à deux faibles doses. La tolérance des malades pour ce médicament est remarquable, quel que soit l'état de la sensibilité; par conséquent, on peut en faire usage même dans les cas où ce médicament paraît contre-indiqué. En effet, on a obtenu des succès chez des femmes qui étaient dans l'insensibilité, et chez lesquelles la respiration était stertoreuse, les poumons et la face congestionnés et les pupilles contractées.

Après l'injection, les accès cessent pendant un certain temps, pourvu que la quantité du médicament soit en rapport avec la gravité des accès. Si après quelques heures les accidents reparaissent, on peut pratiquer une nouvelle injection plus faible que la première. Depuis l'introduction de cette médication, on n'a plus observé à la Maternité de Melbourne de décès par éclampsie puerpérale dans des cas où certainement les autres modes de traitement auraient été loin de donner des succès aussi constants. Les cinq observations que cite l'auteur sont relatives à des accès d'éclampsie post-puerpéraux ou avant l'accouchement. Chez toutes les malades, l'urine contenait de l'albumine. — (*The Lancet*, 16 juillet 1881, p. 86.) — Ch. E.

*Lésion destructive de la portion centrale de l'hémisphère gauche*, par le docteur SCHMIDT. — Cette observation a été lue dans la séance du 16 juin 1881 de la session annuelle de l'*American neurological Association.* — Le malade, en 1865 ou 1866, à la suite d'un coup de massue sur le côté gauche de la tête, était resté sans connaissance pendant plusieurs semaines, avec de la paralysie des membres du côté gauche. Depuis, il recouvra et conserva la totalité de ses facultés. A l'autopsie, on constata une large perte de substance, ayant en étendue 9 centimètres 1/2 horizontalement et 5 centimètres verticalement, et intéressant le côté gauche de la voûte du crâne. Elle était obturée par une membrane résistante. Dans la cavité crânienne, un kyste sanguin correspondait à cette blessure et avait produit une profonde dépression de l'hémisphère cérébral gauche. En ce point, la substance cérébrale était détruite et indurée. L'intérêt principal de cette observation consiste dans l'étendue des lésions et dans leur persistance pendant un temps considérable sans trouble de la santé générale, ni des facultés intellectuelles du malade. — (*The Med. Record.*, 2 juillet 1881, p. 19.) — Ch. E.

*Ossification du péricarde* (*calcification of pericardium*), par le docteur LATHAM. — L'auteur a présenté, à la séance du 1er juin de la *Cambridge Medical Society*, un cœur dont le ventricule droit était enveloppé par une coque formée par le péricarde. Il provenait d'un malade qui, avant sa mort, avait été atteint de dyspnée, de toux et d'hémoptysie. Il avait, avec augmentation de volume du foie et de la rate, matité et râles crépitants pris dans toute l'étendue du poumon droit. Le poumon gauche paraissait normal. Les battements du cœur étaient irréguliers, mais la matité de cet organe n'était pas augmentée ; ses bruits étaient redoublés, mais il n'existait pas de souffle. Enfin on observait du gonflement et des pulsations de la veine jugulaire.

A l'autopsie, on trouva du liquide dans la plèvre gauche et des adhérences dans la plèvre droite, avec de l'induration des deux poumons. Sur la face antérieure du cœur et sur le bord du ventricule droit dans toute son étendue, le péricarde ossifié formait un compartiment parfaitement clos. L'oreillette droite, une partie de l'auricule gauche et l'origine de l'aorte ascendante étaient contenues dans un semblable compartiment. Les valvules du cœur étaient normales, seul l'orifice tricuspide était un peu dilaté.

Les symptômes, qui ne sont pas sans analogie avec ceux de l'insuffisance mitrale, étaient donc en rapport avec la coque résistante du péricarde dans sa portion droite, cette séreuse conservant toute sa souplesse dans sa portion gauche. — (*The Lancet*, p. 91, 16 juillet 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

### COLLYRE ANTISEPTIQUE. — MASSE.

| | |
|---|---|
| Acide salicylique. . . . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Borate de soude . . . . . . . . . . . . . | 0 gr 50 centigr. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . | 500 grammes. |

Faites dissoudre.

Des compresses imbibées de cette solution froide sont maintenues sur les paupières des enfants nouveau-nés, atteints d'ophthalmie purulente. On doit avoir soin de les renouveler

souvent. En outre, toutes les 3 heures, on fait pénétrer entre les paupières, quelques gouttes de la solution antiseptique tiède. — Dans les cas graves, l'ophthalmie purulente doit être combattue par des moyens plus énergiques. — N. G.

## COURRIER

Mort de M. Henri Dufour. — La Société de géographie vient d'être informée, par une lettre de Capetown, de la mort d'un jeune voyageur français, M. Henri Dufour, qui parcourait la partie nord-ouest du bassin de la rivière Cunene, dans l'ouest de l'Afrique centrale. En octobre 1880, M. Dufour était parti d'Omoruru avec une troupe de marchands. Arrivé à la rivière Cunene, l'expédition jugea qu'il y avait lieu, en raison des conditions politiques du pays, de revenir en arrière; mais M. Dufour, malgré les observations qui lui furent faites, résolut de continuer seul le voyage. Depuis lors on ne l'a pas revu, et des négociants d'Omoruru, s'étant livrés à une enquête, ont appris que notre compatriote avait été assassiné par une tribu des Ovambo, en guerre avec les Portugais. Ses papiers et ses effets ont été recueillis par la maison Erkson et Ce d'Omoruru, mais ni son corps ni ses habits n'ont été retrouvés.

L'hôpital militaire de Porquerolles. — Les journaux annonçaient dernièrement la fondation d'un hôpital militaire à Porquerolles, petite île du département du Var. Le personnel médical de cet hôpital comprendra un médecin militaire, deux médecins majors et deux aides-majors.

Des dispositions sont prises pour que cet établissement, bien que provisoire, soit installé dans les meilleures conditions.

On a prévu que les 350 lits dont cet hôpital sera pourvu deviendront bientôt insuffisants; aussi est-il à peu près certain qu'un second établissement temporaire sera créé à Salon (Bouches-du-Rhône), où se trouvent les dépôts des zouaves, des tirailleurs algériens et des autres corps d'Afrique.

Cette installation nécessitera très probablement le transfert à Arles de ces dépôts, qui recevaient jusqu'alors les convalescents n'ayant pas les moyens d'aller se rétablir dans leur famille.

Voici la composition du personnel médical :

MM. Delcominète, médecin principal de 1re classe de l'hôpital de Marseille, médecin en chef.
Deslaude, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire de Lyon (Collinettes).
Rochet, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire du Gros-Caillou (Paris).
Thouvenin, médecin aide-major de 1re classe du 109e de ligne.
Henry, médecin aide-major de 2e classe de l'hôpital militaire de Versailles.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert, savoir : 1° le lundi 17 octobre 1881 pour les élèves nouveaux et pour les étudiants de première et de deuxième année qui ne sont pas astreints au stage hospitalier; 2° du jeudi 3 au jeudi 17 novembre 1881 pour les élèves de troisième et de quatrième année. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de une heure à qnatre heures du soir.

*Consignations.* — Les étudiants qui n'ont pas subi le premier examen (nouveau mode) à la session de juillet, ou ceux qui ont échoué à cet examen, devront consigner du lundi 17 octobre 1881 au samedi 29 du même mois. Passé ce délai, nulle consignation ne sera reçue sans une autorisation spéciale.

Les examens commenceront le lundi 24 octobre 1881.

Titres honorifiques. — MM. les docteurs Charles Mauriac, médecin des hôpitaux à Paris, et G. Drouineau, à la Rochelle, viennent d'être élus membres correspondants de la Société médicale de Varsovie.

M. le docteur Henri Huchard, médecin des hôpitaux de Paris, vient d'être élu membre correspondant de l'Acadénie de médecine de Rio de Janeiro.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 14 octobre 1881.

*Ordre du jour :* Des altérations du tissu osseux chez les hémiplégiques, par M. Debove. — Communications diverses. — Élection à trois places de membre titulaire.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Maltèste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 11 octobre. — M. Jules Guérin veut lutter de jeunesse et d'ardeur avec M. Bouley, et ne pas laisser croire que son « illustre collègue » soit seul capable de remplir une séance. Pendant une heure et demie, sans fatigue et sans effort apparent, il prend à partie l'expérimentation, l'inoculation, les vétérinaires et les microbes. Il n'accorde rien à l'orateur de la séance précédente, et dispute le terrain pied à pied, qu'il s'agisse de la péripneumonie, de la morve ou du charbon symptomatique. « Trois méthodes, s'écrie-t-il, se partagent l'opinion; entre elles je n'hésite pas : je ne ferais ni l'abatage ni surtout l'inoculation, je ferais l'expectation. Les deux premières ne sont ni sages, ni efficaces, ni économiques. »

Il accuse les « vétérinaires » de « manie expérimentale », met en présence l'*expérimentation* et l'*observation*, écrase la première et exalte la seconde. Vieux débat, qui ne finira pas plus tôt, sans doute, que la lutte entre les faits positifs et les faits négatifs. N'est-il pas naturel que chacun prêche pour son saint? Le physiologiste admire les grenouilles, le professeur d'Alfort pense que la biologie ne peut faire de progrès que par l'immolation des vaches, l'histologiste voudrait voir tous les malades à travers un tube, le clinicien fait consister la médecine à ne pas savoir l'histologie. Mais je me trompe; tous concourent, dans la mesure de leurs forces et de leur compétence, à la construction de l'édifice, et nous pouvons reconnaître avec M. Bouley que la méthode expérimentale nous éclaire d'une vive lumière, bien que son adversaire ne voie en elle qu'une « méthode à la suite, tributaire de l'esprit d'observation »; nous pouvons, d'autre part, accorder à M. J. Guérin qu'un observateur sagace, « par ses raisonnements et ses vues personnelles », fait progresser la science, bien que la réponse à cette assertion dangereuse vienne d'elle-même sur les lèvres.

Quelques passages du discours de M. J. Guérin, « la théorie des microbes est la plus grande fantaisie de notre époque... », « les maladies contagieuses sont aussi spontanées; la preuve, c'est que dans certains pays, elles naissent... », semblaient confondre M. Bouley et lui faisaient lever les bras au ciel. En parlant de l'inoculation du charbon symptomatique : « C'est le quatrième vaccin que vous découvrez, dit l'orateur, non sans ironie. — Et ce ne sera pas le dernier », répond M. Bouley.

L.-G. R.

# FEUILLETON

## LE SANATORIUM D'ARCACHON.

### A Monsieur le Docteur Amédée LATOUR

Vous avez bien voulu, — il n'y a pas moins d'un quart de siècle (1856), — donner l'hospitalité à mes premières notes sur Arcachon, et leur faire les honneurs du rez-de-chaussée de l'UNION MÉDICALE, ce rez-de-chaussée petit et célèbre comme la maison de Socrate. Je vous disais alors que la ville naissante, abritée sous l'ombrage toujours vert d'une vaste forêt de pins maritimes et baignée par une anse de l'Océan, ne tarderait pas à occuper un rang enviable parmi les stations médicales de la France. Nous pourrions mesurer aujourd'hui le chemin parcouru dans la voie d'une prospérité toujours grandissante, vous parler de ses bains de mer, de sa plage réputée la *patrie des enfants*, de sa ville d'hiver où les nerveux trouvent une atmosphère sédative, et les pulmoniques éréthiques toujours l'apaisement, quelquefois la guérison. Je préfère, pour ne pas abuser de votre généreuse bienveillance, vous dire quelques mots seulement d'un projet de l'Assistance publique.

L'année dernière, M. Hérold, préfet de la Seine, fut envoyé à Arcachon pour y soigner une maladie dont la gravité inquiétait ses amis plus encore que lui-même. Il trouva, dans ce séjour, le calme, le repos et des conditions climatériques qui lui furent très favorables. Mais M. Hérold n'est pas homme à jouir d'un bienfait sans vouloir l'étendre à tous ceux auxquels il pourrait être utile, et la pensée lui vint qu'il ne serait pas impossible de faire profiter des

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## DE L'EXTIRPATION DES ANGIOMES PULSATILES (1),

Par L.-Gustave RICHELOT,

Agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

(Travail lu à la Société de chirurgie, séance du 9 février 1881.)

OBS. I. — *Angiome pulsatile de la région cervicale postérieure. — Injections de perchlorure de fer; embolie pulmonaire. — Extirpation; guérison.*

Emilie B..., 27 ans, chemisière, entre à la Pitié le 20 août 1878, salle Saint-Augustin, n° 25. Depuis sa naissance, elle porte à la partie postérieure du cou une tumeur qu'elle appelle « érectile veineuse » ; longtemps stationnaire, cette tumeur a grossi depuis six ans, et depuis cinq ans est devenue pulsatile. La malade, il y a quatre ans, consulta M. Verneuil, et subit 3 injections de perchlorure de fer; mais elle quitta le service avant la guérison, et le mal s'accrut insensiblement. Depuis trois mois, il y a quelques douleurs, et l'augmentation de volume est rapide. Quand la malade est couchée sur le dos, les battements soulèvent sa tête au point de rendre le décubitus impossible; elle entend un bourdonnement continuel qui l'incommode; depuis 4 ans, elle a des céphalalgies très-fréquentes.

La tumeur occupe la ligne médiane, immédiatement au dessous de l'implantation des cheveux; elle fait une saillie prononcée, et mesure 14 centimètres dans le sens vertical, 11 centimètres d'un côté à l'autre. Elle est rouge, légèrement bosselée, donne à la palpation des battements énergiques, et à l'auscultation un bruit de souffle continu avec renforcement. On trouve à son centre une zone violacée, à peine plus saillante, longue et large de 3 centimètres environ, et qui sans doute représente la tumeur érectile primitive. On sent à la périphérie quelques troncs vasculaires, mais ils ne font pas de relief très notable sous la peau, et la dilatation cirsoïde ne paraît pas s'étendre au loin.

Le 28 août, tout est disposé pour attaquer le mal par les injections coagulantes. Je cherche d'abord les moyens d'exercer autour de la tumeur une compression suffisante pour y interrompre la circulation; les doigts des aides n'arrivant pas à supprimer les pulsations, je me sers d'un anneau assez large en gutta-percha, exactement moulé sur la région et embrassant la circonférence de l'angiome. La compression, à l'aide de cet appareil très simple, est faite sans difficulté, avec autant d'énergie que la situation l'exige; néanmoins les battements ne sont pas entièrement abolis. Comme ils sont très atténués, comme je ne puis d'ailleurs ima-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

---

avantages d'Arcachon certains pensionnaires de l'Assistance publique, qui végètent et meurent de langueur entre les épaisses murailles des grands hôpitaux.

En même temps d'ailleurs, l'administration de l'Assistance se préoccupait de trouver, dans le Midi, une station où il lui fût possible d'organiser un établissement destiné à la fois aux pulmoniques curables et aux enfants lymphatiques de nature trop nerveuse pour supporter le climat de Berck.

L'asile de Berck, vous le savez, a donné pleine satisfaction. La moyenne des guérisons de scrofuleux a été de 60 p. 100 après un séjour de deux ans, « chiffre énorme, dit le docteur James Love, et qui le serait encore plus si on n'envoyait que des cas justiciables du traitement maritime. »

Ce premier succès est très encourageant. Mais il est évident que l'asile de Berck, établi près de Boulogne, par 51° de latitude, sur une côte du Pas-de-Calais exposée à tous les vents du Nord, du Nord-Ouest, et aux embruns incessants de cette mer tourmentée, ne saurait convenir qu'aux scrofuleux torpides dont l'organisme a besoin d'un coup de fouet perpétuel. Beaucoup d'enfants, guéris par un séjour de deux à trois ans dans ce milieu énergiquement stimulant, courent le risque de redevenir chétifs s'ils rentrent dans l'agglomération des grandes cités. Le mieux pour eux serait d'embrasser la carrière de marin. Ils y deviendraient décidément robustes. Ce serait le couronnement de l'œuvre si bien commencée par l'Assistance publique.

Nous voyons tous les jours, dans nos populations maritimes, s'opérer cette transformation définitive : des enfants d'agriculteurs, malingres, épais, disposés aux engorgements scrofuleux ou à la phthisie sont envoyés sur la côte, y respirent le grand air, vivent de la vie des marins, puis s'engagent dans quelque équipage de pêche ou de long cours et reviennent vigoureux, sains de corps et d'esprit.

giner, dans l'espèce, un procédé plus efficace, je passe outre, et j'injecte avec la seringue de Pravaz 3 gouttes de perchlorure de fer à 15°. J'ai soin de pénétrer dans la lumière d'un vaisseau, ce dont je m'assure en introduisant d'abord l'aiguille, laissant couler une goutte de sang, et vissant ensuite le corps de pompe. Je laisse en place pendant dix minutes, après l'injection, la seringue et l'anneau de gutta-percha, solidement maintenu par les aides. Aucune induration ne se manifeste au voisinage de la piqûre. L'appareil retiré, des compresses d'eau froide sont appliquées en permanence.

La journée qui suit l'opération est marquée par de la fièvre, de la céphalalgie, des sueurs abondantes. Le 29 août, la fièvre a cessé, mais la tumeur est très douloureuse, les mouvements très pénibles; un ganglion sensible à la pression apparaît le lendemain sur le côté gauche du cou. Le 31, je trouve sur la tache centrale de l'angiome, à quelque distance de la piqûre, une ulcération large de 2 ou 3 millimètres, et laissant couler un peu de sang sur la compresse. Du 1er au 4 septembre, les douleurs diminuent, puis disparaissent, l'adénite est stationnaire, autour de la piqûre il n'y a pas trace de coogulation. Plus haut s'est montré un point noirâtre, qui s'ulcère à partir du 5 septembre; de là deux pertes de substance, bientôt réunies en une seule, et d'où s'échappe toujours un peu de sang. Le ganglion n'est plus douloureux.

Ainsi la première injection n'a produit aucun effet salutaire; elle a été la cause d'une irritation assez vive, et la tumeur s'est ulcérée. Avant de pratiquer la seconde, j'attends une quinzaine de jours, délai recommandé par Gosselin et Le Fort, et je fais préparer une solution de perchlorure de fer à 10° seulement. Le 11 septembre, deuxième injection; 3 gouttes de perchlorure sont introduites dans un vaisseau de la tumeur par le procédé ci-dessus décrit, avec les mêmes précautions.

Cette fois les phénomènes consécutifs sont moins violents; le 12 septembre, la malade a eu de la céphalalgie toute la nuit, la peau est encore un peu chaude, le pouls fréquent, la tumeur douloureuse au toucher, mais le 15 tout a disparu. Le 16, nouvelle poussée d'adénite subaiguë, empâtement autour de la petite glande, tête inclinée à gauche; deux jours après, le ganglion est toujours là, mais les symptômes inflammatoires ont cédé. D'autre part, il n'y a toujours aucune apparence de coagulation, et l'ulcération fait des progrès. Depuis le 13 septembre, un peu de pus mêlé au sang tache les compresses; du 15 au 17, l'ulcération acquiert les dimensions d'une pièce de 5 francs, elle est irrégulière, anfractueuse, à fond rouge, et donne un suintement sanguin presque continuel, sinon très inquiétant.

La marche de l'ulcère, l'absence de coagulation, le peu d'irritation causé par la dernière piqûre, m'engagent à recommencer bientôt. Le 20 septembre, je fais une troisième injection, en tout semblable à la seconde, si ce n'est qu'après avoir attendu dix minutes, je crois sentir au niveau de la piqûre une petite masse indurée. Cette fois, la fièvre et l'inflammation font entièrement défaut; nul symptôme n'est à noter jusqu'au 28, jour de la quatrième piqûre. Après celle-ci, aucun accident, mais d'autre part, aucune trace d'amélioration. Le semblant de

---

Cependant il est une catégorie de lymphatiques qui ne s'accommoderaient pas du régime de Berck ou des côtes froides exposées directement aux vents du large, et cette catégorie est très nombreuse dans les villes. C'est celle des enfants délicats, à fibre excitable, chez lesquels il faut, avant tout, apaiser le système nerveux si l'on veut obtenir une modification du système lymphatique. Ni l'air agité de l'Océan, ni les climats froids et humides, ni même les climats à air chaud, sec et vif ne leur conviennent. Ils ont besoin d'un milieu tempéré, d'une mer abritée, et si, comme à Arcachon, ils trouvent ces conditions réunies avec une forêt dont l'action sédative soit effective, ils se modifient, se transforment en quelques mois.

On en peut dire autant des névropathes, des asthmatiques, des phthisiques à tempérament nerveux. Tous ces malades éprouvent une amélioration sensible après quelques semaines dans la forêt; ceux qui sont curables guérissent finalement, dans cette atmosphère térébenthinée et marine, comme ils ne guériraient pas ailleurs.

Ces considérations ne pouvaient échapper aux hommes éminents qui dirigent l'Assistance. Après avoir étudié diverses stations médicales, M. Quentin a visité Arcachon, et, si je suis bien informé, il aurait reconnu que, dans aucun lieu, il ne trouverait réunis au même degré les avantages qui résultent du voisinage de la mer et des forêts de pins. L'administration de l'Assistance publique aurait décidé, en conséquence, de fonder à Arcachon un établissement pour le traitement des maladies scrofuleuses et pour le traitement des phthisies curables.

Mais, pensez-vous peut-être, si les conditions médicales de ce bassin d'Arcachon et de cette forêt résineuse sont si propices aux cures de deux terribles diathèses, comment se fait-il que, dans la région girondine, la pensée ne soit venue à personne de les utiliser pour les pauvres?

Sans parler des enfants que l'Administration des hospices de Bordeaux envoie chaque année

caillot qui s'était formé a disparu, les pulsations n'ont pas sensiblement diminué. Ce qui amène, le 3 octobre, une cinquième injection de 3 gouttes de perchlorure de fer à 10°.

L'opération était finie, la compression circulaire avait été faite rigoureusement pendant dix minutes, et j'avais quitté la malade pour continuer la visite, lorsqu'on me rappelle en toute hâte; elle est dans un état syncopal, le visage pâle, les muqueuses décolorées, la respiration nulle, le pouls lent et presque insensible. On obtient, par divers modes d'excitation, quelques inspirations faibles, espacées, irrégulières; pendant cinq minutes, la situation reste la même. Au bout de ce temps, la malade est agitée quelques instants par des mouvements convulsifs, gémit et se retourne dans son lit, fait plusieurs inspirations bruyantes et irrégulières sans reprendre connaissance. Puis elle pâlit de nouveau, redevient immobile, ne respirant plus qu'à de longs intervalles, et cinq minutes se passent encore. Elle se relève enfin, ouvre des yeux étonnés, regarde autour d'elle sans dire un mot. A cet orage succède un abattement prononcé. — Diagnostic : embolie pulmonaire.

Le 4 octobre, il ne reste qu'un peu de faiblesse et quelque sensibilité dans la tumeur; tout rentre dans l'ordre les jours suivants. Mais dans la nuit du 16 au 17, la malade est réveillée par une forte douleur siégeant à l'occiput; en retirant la compresse, elle fait jaillir un flot de sang, et bientôt après tombe en syncope. L'hémorrhagie est arrêtée, non sans peine, par l'application d'amadou et de perchlorure de fer.

Dès ce moment la méthode des injections coagulantes me paraît condamnée. Elle a provoqué des accidents graves, n'a pas arrêté les progrès du mal, et de nouvelles hémorrhagies sont imminentes; aussi l'extirpation est-elle décidée. M. Verneuil, qui à cette époque reprend le service, conclut dans le même sens et procède à l'opération le 21 octobre.

Une incision est faite autour de la tumeur à l'aide du thermo-cautère; la section de la peau est à peu près exsangue. Le tissu conjonctif sous-cutané est entamé à la partie supérieure; une artère, ouverte par le couteau porté au rouge sombre, donne un jet de sang bientôt arrêté par une pince hémostatique; une seconde a le même sort, et quatre fois dans l'espace de 3 centimètres la même manœuvre est répétée. Les quatre pinces étant réunies dans la main d'un aide, M. Verneuil abandonne le thermo-cautère, et passe transversalement au-dessous de la tumeur une sonde cannelée qui la divise en deux moitiés. Un stylet aiguillé permet alors de passer une première chaîne d'écraseur qui, placée dans l'incision primitive, embrasse la moitié supérieure de l'angiome; une seconde chaîne, placée de la même façon, embrasse la moitié inférieure; les deux chaînes, fonctionnant en même temps, achèvent l'ablation en quelques minutes. Quatre ou cinq ligatures sont encore nécessaires; la perte de sang équivaut à celle d'une amputation de jambe.

Pansement phéniqué simple; cicatrisation à plat sans aucun accident; la malade quitte l'hôpital, entièrement guérie, dans les premiers jours de décembre.

*Examen de la tumeur.* — La pièce a été conservée dans le liquide de Müller. M. Ch.-H.

---

à Arcachon, dans un grand bâtiment mis à sa disposition très généreusement par l'un de nos grands ostréiculteurs, et qui y guérissent régulièrement de leurs accidents scrofuleux... pour revenir l'année suivante, après dix mois d'hôpital, — il est juste de dire que, dès 1850, le docteur Sarraméa, médecin de la Maison centrale des jeunes détenus de la Gironde, adressait à l'Administration supérieure un mémoire intitulé : *Fondation sur les bords du bassin d'Arcachon d'une colonie maritime et agricole destinée, par ses conditions hygiéniques, aux jeunes détenus lymphatiques et de constitution débile.* Quatre ans plus tard, dans une lettre au ministre de l'intérieur, il complétait ainsi sa pensée : « L'œuvre que je propose renferme pour les classes souffrantes d'immenses bienfaits; destinée à prendre, parmi les nombreux enfants confiés à l'Assistance publique, tous ceux que déciment annuellement les plus cruelles maladies, elle en fera des hommes sains et robustes, utiles un jour à la société et à l'État. »

Sarraméa était un homme de cœur et de volonté persévérante. Jusque dans les dernières années de sa vie, il poursuivit son idée philanthropique. Mais les évènements ne lui furent pas favorables. Au moment où notre regretté confrère venait de mourir, la ville d'Arcachon recevait d'un bienfaiteur, M. Engrémy, un legs de cent mille francs destiné à la fondation d'un établissement de bienfaisance. Aussitôt la municipalité d'Arcachon entra en pourparlers avec l'Administration des hospices de Bordeaux, et il fut convenu que Bordeaux appliquerait le legs Engrémy à l'un des pavillons de l'asile d'enfants qui serait élevé à Arcachon. Mais ce projet de l'Assistance bordelaise était subordonné à un emprunt municipal, et..., sur ces entrefaites, survint M. Quentin. Et voilà comme Paris fera d'abord et Bordeaux suivra; car il est impossible qu'un grand centre tel que la capitale girondine ne complète pas ses installations hospitalières.

L'emplacement choisi par M. Quentin appartient à l'État. Il s'étend, sur une surface

Petit, à qui je dois entièrement l'analyse histologique qui va suivre, en détache pour l'examen trois fragments : le premier est pris au niveau de l'ulcération, un autre vers la partie centrale de la base, le troisième est un lambeau de la peau qui recouvre les parties latérales. Ces fragments sont coupés après durcissement dans la gomme et l'alcool, et les coupes sont colorées par un séjour prolongé dans le picro-carminate étendu.

Les coupes de la peau présentent, à un faible grossissement, un certain nombre de lacunes irrégulières, dans lesquelles on voit des amas de globules sanguins accumulés sur leurs bords, et qui sont manifestement des sections de vaisseaux et surtout de veinules. Les vaisseaux cutanés qui se présentent avec des dimensions plus petites et un contour régulièrement circulaire, ne semblent pas beaucoup plus nombreux que sur un fragment de peau normale. A l'aide d'un grossissement plus fort, on trouve çà et là des cellules embryonnaires en quantité variable, occupant les intervalles des éléments du tissu conjonctif; en outre, on voit dans quelques endroits des globules sanguins formant de petits amas irréguliers en dehors des vaisseaux, ou bien disséminés dans l'épaisseur du derme.

Les deux autres fragments ne diffèrent pas essentiellement du premier. On y observe, comme sur les coupes de la peau, mais en plus grand nombre et plus développées, des sections vasculaires, les unes régulièrement arrondies, les autres plus grandes, de formes très variables et ayant l'aspect de lacunes limitées par une paroi continue. De ces vaisseaux, les plus nombreux sont des veines ou des veinules, qui offrent une lumière plus ou moins irrégulière, et dont la paroi épaissie se confond insensiblement avec le tissu ambiant; les autres sont des artères, on les reconnaît à leur paroi musculaire bien distincte et même hypertrophiée sur quelques-unes. Les artères, qui, je le répète, sont plus rares que les veines, ont conservé leur forme arrondie. En aucun point on ne constate l'existence de lacunes sanguines communiquant entre elles comme dans l'angiome caverneux.

On voit encore, sur les coupes de ces deux fragments, des cellules embryonnaires et des globules sanguins disposés comme dans les préparations qui intéressent la peau. Mais les cellules embryonnaires et les infiltrations sanguines deviennent très abondantes sur les coupes du fragment où siège l'ulcération, et cela d'autant plus qu'on se rapproche davantage de celle-ci. Le fond de l'ulcération est constitué par une couche épaisse de tissu de granulation, dans laquelle viennent se fondre insensiblement les fibres conjonctives qui forment le stroma de la tumeur; la plupart des vaisseaux avoisinants sont gorgés de sang, à l'inverse de ceux qui sont plus profonds, et dont la lumière est libre ou seulement en partie oblitérée par des amas de globules sanguins. — En résumé, la tumeur est un *angiome simple.*

Le récit qui précède montre bien, d'une part l'insuffisance et même les dangers du perchlorure de fer dans certains cas, d'autre part l'utilité d'une opération plus radicale. Sur le premier point, on ne m'accusera pas d'avoir employé une

---

de trente hectares environ, à l'extrémité d'Arcachon, entre le parc Péreire et le Moullo. Il confine au bassin par une excellente plage et se confond avec la forêt par des ondulations de terrain où il sera possible de donner aux pavillons disséminés les expositions les plus variées et les meilleures. Je dis pavillons, car je ne suppose pas qu'il soit dans les vues de l'Administration d'élever, dans ce vaste parc, autre chose que de larges chambres, simples abris contre les intempéries. On construit ici des maisonnettes en planches doublées de cloisons en brique de champ, emprisonnant une couche d'air de quelques centimètres. C'est le meilleur isolant; il n'y a pas d'habitation moins coûteuse et plus saine, — sana, — facteur essentiel du sanatorium.

Il faut, en effet, pour les malades dont nous parlons, que l'habitat tout entier, maison, air, ciel, sol, eau, végétation, soit l'élément principal de la cure, à l'inverse des hôpitaux, auxquels on peut justement reprocher d'offrir aux malades toutes les ressources de l'art, excepté celles de l'hygiène, inhérentes à l'air, au logis.

Ce n'est donc pas un hôpital, un hospice que l'Assistance publique va fonder à Arcachon, puisque ces mots signifient rigoureusement hôtels-Dieu, comme disaient nos pères, hôtelleries ouvertes aux malades, ce qui implique qu'on les élève au centre même des populations indigentes. Il s'agit ici d'une résidence curative par elle-même. Le mot *sanatorium* est bien celui qui convient à un asile de cet ordre. Il est d'ailleurs consacré : nous connaissons le sanatorium d'Alger réservé aux malades opulents, et nous savons avec quel zèle philanthropique le docteur Vidal poursuit la création d'un sanatorium pour les indigents scrofuleux à Hyères.

Le sanatorium est un grand progrès sur les pratiques anciennes. Il fait la fortune des stations médicales vers lesquelles affluent de plus en plus les citadins et tous les malades riches. Impossible que, par ce temps d'égalité et de fraternité qui modifie profondément toutes nos

solution trop faible, d'en avoir injecté chaque fois une quantité trop minime, d'avoir mis trop d'espace entre les séances; car c'est là des précautions réputées nécessaires par tous les chirurgiens. Autrement surviennent des accidents inflammatoires, des abcès qui sont la source d'hémorrhagies graves. J'ai eu des congestions douloureuses avec le perchlorure à 15°; à 10°, le calme a été complet, ou peu s'en faut. Le caillot ne s'est pas formé, il est vrai; mais M. Le Fort nous dit l'avoir obtenu à 5° seulement. A chaque piqûre, j'ai arrêté le mieux que j'ai pu le cours du sang dans la tumeur, et j'ai prolongé la compression pendant dix minutes; néanmoins une embolie pulmonaire a failli emporter la malade. Devais-je m'abstenir parce qu'en dépit de mes efforts la pulsation n'était pas absolument suspendue? Je le veux bien, et j'y vois un argument de plus en faveur de l'ablation. La prévision d'un accident si grave, quelle qu'en soit la rareté, me suffira désormais pour la préférer quand elle ne sera pas impossible, *à fortiori* quand la région et la forme du mal sembleront s'y prêter aussi bien que dans l'observation précédente.

Je dirai, comme dernières raisons, que le traitement par le perchlorure est d'une longue durée, et qu'il laissera toujours dans certaines régions une tumeur plus ou moins flétrie à la vérité, mais plus difforme qu'une cicatrice régulière.

Il y a loin d'ailleurs de l'opération faite par M. Verneuil aux excisions laborieuses de quelques auteurs, où l'hémorrhagie paraît avoir joué un plus ou moins grand rôle. Je réserve entièrement la question du manuel opératoire applicable aux différents cas, et je me borne à constater ici le triomphe de l'écraseur linéaire.

Incidemment, je dirai quelques mots sur le titre de mon observation. J'ai nommé cette tumeur un *angiome pulsatile* parce qu'elle avait des pulsations et parce qu'elle était, à mon avis, un angiome. Valait-il mieux l'appeler *tumeur cirsoïde*, pour indiquer une fois de plus la distinction si vraie et si nécessaire en clinique entre les dilatations qui forment *tumeur* et celles qui ont l'aspect de *varices* étendues, diffuses, et défiant tous nos moyens d'action? Utile à ce dernier point de vue, la dénomination adoptée par MM. Robin et Gosselin n'a plus autant de valeur si elle tend à séparer les angiomes en question de la variété prétendue artérielle des tumeurs érectiles. Le rapport entre ces deux termes a toujours été vaguement défini; je n'y puis voir, pour ma part, qu'une question de plus ou de moins; ordinairement, c'est le volume, l'intensité des battements, l'importance relative des dilatations vasculaires voisines qui décident le chirurgien à préférer une dénomination à l'autre. Pas plus que Decès je ne vois de différence entre une tumeur érectile artérielle qui

---

institutions, une part très large ne soit faite au sanatorium dans les créations hospitalières. Les difficultés économiques ont mis obstacle jusqu'à présent à la réalisation de ce vœu qui est dans tous les cœurs. Mais elles ne sont pas insurmontables. La Belgique, la Hollande, la Grande-Bretagne, l'Amérique, l'Italie surtout, sont déjà riches de ce côté. Le docteur Bourdier, dans son intéressante thèse inaugurale (*Création d'une colonie maritime d'enfants malades à Arcachon*; 1881), nous apprend qu'en Italie les premiers résultats furent si heureux que, de 1856 à 1879, seize hôpitaux marins ont été élevés soit par l'État, soit par les communes ou par l'initiative privée.

La France a marché moins vite. L'habitude de concentrer tous les services dans les grands centres populeux est si invétérée et si commode que nous nous sommes attardés dans la routine. Mais l'exemple donné par l'Assistance publique de Paris fera sortir de l'ornière. Les pauvres malades n'auront bientôt plus rien à envier aux favoris de la fortune.

D^r^ Hameau, médecin-inspecteur.

Arcachon, 10 septembre 1881.

---

Asiles publics. — Le docteur Laborde, médecin-inspecteur des asiles publics d'aliénés, est nommé médecin-inspecteur des maisons de santé et remplacé par M. le docteur Ritti. M. le docteur Berthelot remplace M. le docteur Ritti en qualité d'inspecteur adjoint des asiles publics.

M. le docteur Legras, inspecteur adjoint, est nommé inspecteur titulaire. Les docteurs Paul Garnier et Marchant sont nommés inspecteurs adjoints des mêmes asiles.

s'accroît et l'anévrysme cirsoïde, et je ne trouve pas que l'accord soit aussi évident que le pense M. Le Fort pour considérer le second comme absolument différent des premières. Le nom créé par Dupuytren ne convenait-il pas aussi bien à la tumeur que j'ai décrite? Non que je veuille défendre ce terme, ni surtout lui accoler l'adjectif « artérielle », car c'est là une erreur anatomique avérée, et l'examen de M. Ch. H. Petit le démontre une fois de plus, puisqu'il a trouvé dans cette masse vasculaire agitée de pulsations des veinules en majorité. Mais je veux arriver à cette conclusion : depuis le nœvus le plus simple jusqu'aux dilatations serpentines les plus étendues, il y a une série pathologique non interrompue, et qu'il est utile de ne pas séparer en plusieurs tronçons. Deux divisions seules sont valables : d'une part les *varices*, d'autre part les *angiomes*. Cornil et Ranvier nous disent bien, il est vrai, que pour qu'il y ait *tumeur*, il faut des vaisseaux de formation nouvelle, et que l'*angioma racemosum* de Virchow n'est formé que d'anciens vaisseaux dilatés. Mais ils n'en savent rien précisément; comme le dit M. Le Fort, on manque de détails « sur la constitution intime de ce qu'on peut appeler la partie centrale de la tumeur »; de plus, il est reconnu que souvent l'angiome rameux n'est autre chose qu'un nœvus, c'est-à-dire un *néoplasme*, augmenté de volume et envahissant; et lors même qu'il paraît succéder à un traumatisme, on a pu supposer qu'il prenait origine dans les vaisseaux de formation nouvelle que contient la cicatrice (théorie de Heine); enfin, si la néoformation n'est pas toujours démontrée, il n'en est pas moins utile de réunir des faits de même ordre sous le nom commun d'*angiome*, plus scientifique et plus compréhensif que ses prédécesseurs. Il importe peu d'établir une différence théorique entre un prétendu anévrysme cirsoïde et d'autres variétés de tumeurs pulsatiles; ce qu'il faut chercher, c'est le siège du mal, ses limites plus ou moins précises, la largeur des vaisseaux périphériques, les rapports de l'angiome avec la circulation générale.

*(La fin dans un prochain numéro.)*

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Du traitement de la fièvre typhoïde et autres affections infectieuses par la médication phéniquée simple ou associée au phénate de soude*, par M. le docteur RAYMOND, agrégé de la Faculté de médecine. — La médication phéniquée à l'intérieur et à l'extérieur a été employée un grand nombre de fois dans le traitement de maladies diverses par le docteur Raymond, dans son service de l'hôpital Tenon. Le travail actuel est un résumé des résultats de ses recherches.

*Dans les fièvres typhoïdes graves*, on administrait chaque jour deux lavements contenant vingt-cinq centigrammes d'acide phénique et on donnait cinq pilules de dix centigrammes de cette substance. Après quelques jours et chez certains malades, les doses médicamenteuses étaient augmentées. L'abaissement de température, environ de trois degrés, devient manifeste après l'administration des lavements, et persiste durant trois heures. Ces effets sont d'autant plus rapides que l'acide phénique a été employé depuis plusieurs jours. De plus, on observe l'apparition de sueurs abondantes et la coïncidence de la sudation et de l'abaissement thermique est un fait remarquable. Cependant il n'existe probablement aucun rapport de cause à effet entre ces deux phénomènes; en effet une injection sous-cutanée de duboisine ou d'atropine pratiquée pendant la sudation supprimait les sueurs, tandis que l'abaissement de température restait exactement le même.

Chez quelques malades, l'emploi de l'acide phénique a été suivi par des signes d'un véritable empoisonnement, hypothermie, torpeur, vomissements, frissons, convulsions. Aussi l'auteur compare les effets de l'acide phénique à ceux de la strychnine. En agissant probablement sur les cornes antérieures de la moelle, l'une et l'autre de ces substances exciteraient les vaisseaux, les centres sudoripares et en dernier lieu produiraient des convulsions. — L'urine reste noire pendant plusieurs jours et le réactif de M. Méhu, — l'eau bromée — donne le précipité blanc caractéristique de tribomo-phénol.

A la suite de quelques accidents de collapsus, l'auteur abandonne l'acide phénique en pilules et le remplace par le phénate de soude à la dose de 1 gr. 50 centigr. dans une potion administrée dans les 24 heures. Ce médicament donne les effets hypothermiques de l'acide phénique et ne prédisposerait pas au collapsus; ce serait là un avantage considérable.

Les résultats généraux de la médication phéniquée dans la fièvre typhoïde ont été une diminution sensible de la durée de la maladie et surtout de la convalescence.

*Dans les érysipèles graves*, les effets ont été très heureux. On employait les lavements phéniqués et les potions au phénate de soude, tandis qu'on lotionnait la plaque érysipélateuse avec une solution d'acide phénique au cinquantième. La durée de l'affection a été abrégée chez deux malades. Mais il est vraisemblable que l'efficacité de la médication est en rapport avec la nature étiologique des érysipèles, et qu'il faut, à ce point de vue, distinguer entre les érysipèles qui sont des épiphénomènes d'affections générales et ceux qui sont des manifestations d'une infection dans l'économie.

*Dans la tuberculose*, l'abaissement de température a été fugace par l'emploi de la médication phéniquée à l'intérieur. Des inspirations d'acide phénique contre la toux n'ont été suivies d'aucun résultat. Il y aurait lieu de faire de nouvelles recherches sur l'emploi de l'acide phénique surtout au début de la maladie, dans la période de crudité des tubercules. (*Journal de médecine de Paris*, p. 128, 6 août 1881.) — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. de Villiers dépose le rapport de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance pour l'année 1880.

M. Bouley présente, au nom de M. le docteur Mathieu, exécuteur testamentaire d'Auzias-Turenne, une lettre dans laquelle il établit que ce dernier a fait à l'Académie diverses communications relatives à l'atténuation des virus par la multiplicité des inoculations.

—

M. Larrey lit une note accompagnant la présentation d'un nain, curieux eu égard à la petitesse extrême de sa taille et à certaines particularités de son individu.

Né de parents bien portants, il a deux frères de taille moyenne. A sa naissance, il paraissait bien proportionné. Il est âgé de 14 ans; il pèse 9 kilogrammes et mesure 80 centimètres. Son aspect général rappelle la race éteinte des Aztèques. Le corps est tout à fait grêle et atrophié comme par un arrêt de développement. Les membres sont atteints d'une atrophie qui deviendra probablement progressive.

Les organes génitaux sont bien conformés.

M. Jules Guérin dit qu'il a eu occasion de voir le nain dont il s'agit et qu'après l'avoir examiné, il a reconnu que c'était un microcéphale généralisé, ayant subi un arrêt de développement de toutes les parties et atteint, en outre, de luxation congénitale de la hanche.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la communication de M. Bouley relative à l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes.

La parole est à M. Jules Guérin. L'honorable orateur se félicite de ce que M. Bouley a introduit devant l'Académie la grande question de la valeur de l'expérimentation comparée à l'observation pour l'étude et la solution des questions médicales.

Il subdivise en trois parties l'argumentation qu'il veut opposer à la communication de M. Bouley :

1° De la valeur de l'expérimentation comme moyen d'étudier la vertu prophylactique des maladies virulentes;

2° De l'utilité et de l'efficacité de l'expérimentation comme moyen préventif contre ces maladies;

3° De la valeur de l'expérimentation comparée à l'observation dans l'étude et la solution des questions médicales.

Dans la première partie de son discours, M. Jules Guérin combat l'opinion exprimée par M. Bouley sur l'insuffisance de l'observation et la supériorité de l'inoculation au point de vue de la prophylaxie des maladies virulentes. Il fait remarquer que l'observation a montré que toutes les maladies virulentes ont la propriété de conférer l'immunité contre elles-mêmes. L'expérimentation n'a fait que confirmer à ce point de vue les résultats de l'observation. En substituant une maladie provoquée à une maladie spontanée, l'expérimentation n'a pas même le mérite de reproduire exactement la maladie; on est frappé de la différence qui existe entre l'évolution de la maladie spontanée et celle de la maladie provoquée. Ainsi, dans la péripneu-

monie contagieuse spontanée, l'évolution commence par la toux, qui constitue, en quelque sorte, le symptôme caractéristique d'une période *prémonitoire* existant pour la péripneumonie comme pour le choléra.

La maladie provoquée n'est qu'une des formes multiples que peut présenter la maladie virulente, une forme *ébauchée,* en quelque sorte.

M. Jules Guérin regrette que les expérimentateurs n'aient pas songé à inoculer les formes ébauchées de la péripneumonie contagieuse, et qu'ils n'aient pas songé davantage à mettre les animaux inoculés en cohabitation avec des animaux sains, pour voir dans quelle mesure les formes nouvelles ainsi obtenues par l'inoculation pouvaient être transmises aux animaux sains et reproduire la maladie spontanée.

Ainsi, l'expérimentation, suivant M. J. Guérin, ne donne que des formes incomplètes, inexactes, de la maladie qu'elle prétend reproduire, tandis que l'observation établit toutes les formes, variétés, modalités et particularités de la maladie. Il en est de la péripneumonie comme de la morve, maladie dont M. J. Guérin rappelle qu'il a démontré, en 1861, les formes ébauchées, révoquées en doute par tous les vétérinaires à cette époque, et maintenant généralement admises.

Dans la deuxième partie de son discours, M. Jules Guérin cherche à montrer que l'expérimentation n'a pas du tout prouvé l'utilité et l'efficacité de l'inoculation comme moyen préventif de la péripneumonie contagieuse. La propriété préventive de l'inoculation, suivant lui, ne saurait être considérée comme absolue, ni dans ses résultats immédiats ni dans ses résultats définitifs. Il y a à considérer, en outre, à quel prix on obtient l'immunité par l'inoculation. Il est démontré, suivant M. J. Guérin, que la mortalité des animaux inoculés est plus grande que celle des animaux atteints de la maladie spontanée.

Toutes les fois qu'on inocule la maladie contagieuse, on donne la maladie à tous les sujets inoculés; cette maladie ainsi inoculée acquerra, dans un certain nombre de cas, une gravité plus ou moins considérable; enfin la mort peut être la conséquence de l'inoculation. Il meurt plus d'animaux par l'inoculation que par la cohabitation des animaux sains avec les animaux malades.

Par l'inoculation on sème pour ainsi dire la maladie, on la propage, on en dissémine les éléments dans une étendue dont il est impossible de déterminer les limites. Même lorsque les sujets inoculés ont été guéris, ils conservent dans leur organisme les germes de la maladie, dont les stigmates peuvent être reconnus dans les poumons et dans d'autres organes. Une opinion admise par les anciens vétérinaires est que la péripneumonie contagieuse peut provoquer, chez les animaux atteints de cette maladie, et guéris d'ailleurs, l'explosion de la tuberculose.

Quand on compare les résultats obtenus par l'inoculation de la péripneumonie à ceux que l'on observe dans les contrées où l'inoculation n'est point pratiquée et où les animaux sont soumis à la simple expectation, on reconnaît qu'au point de vue économique l'avantage est pour la méthode de l'expectation contre celle de l'inoculation et de l'abatage.

Quant à la valeur de l'expérimentation au point de vue de la solution des questions médicales, M. J. Guérin déclare qu'il ne saurait partager sur ce point l'opinion de M. Bouley.

A l'heure qu'il est, dit-il, on est témoin d'un engouement extraordinaire, d'une sorte de monomanie d'expérimentation. La plupart s'imaginent avoir découvert une vérité parce qu'ils ont fait une expérience. Et cependant il ne serait que juste de se tenir sur la réserve quand on voit les résultats contradictoires auxquels l'expérimentation conduit ses adeptes les plus enthousiastes. Pour ne parler que des faits les plus récents, tout le monde se rappelle les singuliers résultats des expériences d'inoculation de la rage. Avec la salive d'un enfant mort de la rage on avait produit, disait-on, sur les lapins, une maladie qui pour les uns était la rage, et, pour les autres, une autre maladie spécifique et virulente. Puis est venu M. Parrot, qui a montré que l'on obtenait les mêmes résultats avec le mucus bronchique d'enfants morts de broncho-pneumonie; enfin M. Vulpian a annoncé, à son tour, qu'il tuait des lapins par la simple inoculation de la salive normale de l'homme.

L'expérimentation n'est donc pas un moyen infaillible d'arriver à la vérité. C'est une simple méthode dont l'esprit humain se sert pour contrôler l'exactitude des faits découverts par l'observation et des idées qu'il a acquises par ce dernier moyen. Loin d'avoir le pas sur l'observation, l'expérimentation n'est que la tributaire, et, pour ainsi dire, la servante de la première.

Pour arriver à la vraie théorie des maladies virulentes, il faut, suivant M. Jules Guérin, étudier les causes de ces maladies. Toutes les maladies virulentes sont primitivement spontanées et susceptibles de se communiquer. Si elles paraissent spontanées seulement dans certains pays et pas dans d'autres, c'est sans doute parce que l'on n'a pas encore suffisamment recherché les conditions de leur spontanéité. C'est à découvrir ces conditions qu'il faut désor-

mais s'attacher. Il faut, pour arriver à prévenir et à guérir les maladies virulentes, procéder non point par l'inoculation et l'abatage, mais par la recherche des causes de ces maladies et par une thérapeutique qui parvienne à atténuer la puissance de leur propriété contagieuse. L'inoculation, il faut le reconnaître, a eu ce bon résultat de produire l'atténuation de la virulence; mais, ainsi qu'il a été dit, ses bienfaits sont accompagnés de trop d'inconvénients, et il y a mieux à chercher et à trouver.

M. Jules Guérin termine par quelques considérations relatives aux expériences d'inoculation du virus du charbon symptomatique. Il déclare qu'il ne croit pas à une différence de nature entre le charbon symptomatique et le charbon bactéridien. Ce sont seulement deux formes d'une seule et même maladie.

Quant au vaccin du charbon, il faudrait pourtant s'entendre à ce sujet. Voilà maintenant le troisième ou quatrième vaccin découvert pour cette maladie. Il y a eu d'abord le vaccin de M. Toussaint, puis celui de M. Pasteur, puis celui de MM. Arloing, Cornevin et Thomas. Lequel des trois est le vaccin véritable?

Quoi qu'il en soit, les résultats des expériences de MM. Arloing, Cornevin et Thomas prouvent que l'on peut, par l'injection dans les veines du virus du charbon symptomatique, donner naissance à une forme ébauchée de la maladie charbonneuse, qui devient préservatrice de cette même maladie. C'est là un résultat qui est conforme aux doctrines depuis longtemps professées par M. Jules Guérin.

— La séance est levée à cinq heures.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 30 septembre au 6 octobre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 881. — Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 14. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 31. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchites aiguës, 15. — Pneumonie, 36. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 49; au sein et mixte, 35; inconnu, 11.—Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83; circulatoire, 60; respiratoire, 51; digestif, 39; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 5.

CONCLUSIONS DE LA 40e SEMAINE. — Les conditions sanitaires continuent à être bonnes : nous n'avons cette semaine que 881 décès, encore faut-il en ôter 19 qui appartiennent à la semaine précédente par suite du retard dont nous avons parlé dans le 39e bulletin; ainsi il ne reste vraiment que 862 décès imputables à cette semaine. Les maladies épidémiques n'ont toujours que de faibles contingents. La Fièvre typhoïde continue à diminuer, elle ne fournit plus que 21 décès. La Diphthérie elle-même semble faiblir, bien qu'elle reste encore la plus meurtrière des maladies épidémiques. La Variole, qui n'avait compté que 4 décès, en a 14 cette semaine, mais c'est encore un chiffre très modéré pour Paris, comparé à ceux que nous enregistrons depuis deux années. Je n'ai absolument à signaler à mes confrères que la Fièvre (péritonite) puerpérale, qui compte cette semaine 8 décès. C'est là un nombre qui commence à devenir important, puisque cette cause de mort ne porte que sur une toute petite partie de la population : *mulieres parturientes*, c'est-à-dire sur onze à douze cents par semaine. Sur ces 8 cas, un seul s'est rencontré dans un service hospitalier (à *Cochin*), les autres sont survenus à domicile, dans divers quartiers, et chez des femmes pluripares. La moyenne de cette même semaine, dans les 4 années précédentes, n'a été que de 3 décès. Cette aggravation n'est qu'un indice, sans doute passager, mais que je devais signaler aux praticiens.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

## FORMULAIRE

INJECTION ANTIBLENNORRHAGIQUE. — BOURGEOIS.

Permanganate de potasse . . . . . . . . 0 gr 20 centigr.
Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . 600 grammes.

Faites dissoudre. — Trois injections par jour, quand les douleurs aiguës du début de l'urèthrite ont cessé; continuer pendant 15 jours sans interruption. — Pour combattre les érections

douloureuses, prescrire, chaque jour 2 à 4 gr. de bromure de potassium dans un demi-verre d'eau sucrée additionnée de quelques gouttes d'une essence aromatique, ou dans de la décoction de réglisse. — Régime doux, sans boissons excitantes; continence absolue pendant le traitement et un mois après. — Dans la blennorrhagie chronique, on commence par l'injection ci-contre; puis, au bout de 8 ou 10 jours, si les douleurs sont nulles, on dissout les vingt centigrammes de permanganate dans 400 grammes d'eau, puis dans 300 grammes, et on continue les injections pendant 3 semaines ou un mois. — L'hydrothérapie et les bains de mer sont de nature à améliorer encore les résultats obtenus. — N. G.

## Faculté de médecine de Paris

(ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882).

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre :

*Physique médicale* : M. Gavarret. — Physique biologique. — Des phénomènes physiques de la vision. — Le lundi, à cinq heures (petit amphithéâtre). — M. Gariel, agrégé, suppléant. — Physique générale. — Propriétés générales des corps, chaleur, électricité. — Les lundis, mercredis et vendredis (petit amphithéâtre).

*Pathologie médicale :* M. Jaccoud. — Maladies du foie et des reins. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures.

*Anatomie* : M. Sappey. — 1° Les éléments figurés du sang et de la lymphe; 2° le système vasculaire lymphatique étudié dans son ensemble, chez l'homme et les vertébrés; 3° le système vasculaire sanguin; 4° les organes des sens; 5° l'appareil de l'innervation. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à cinq heures.

*Pathologie et thérapeutique générales :* M. Bouchard. — Les maladies par réactions nerveuses. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

*Chimie médicale* : M. Wurtz, M. Hanriot, agrégé suppléant. — Chimie inorganique (métalloïdes et métaux) dans ses applications à la médecine et à la toxicologie. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à midi.

*Pathologie chirurgicale :* M. Duplay. — I. Maladies chirurgicales du crâne et de la colonne vertébrale : 1° lésions traumatiques du crâne et de la colonne vertébrale; lésions traumatiques des parties molles, des os, de l'encéphale et des méninges; 2° vices de conformation et difformités du crâne et de la colonne vertébrale. — II. Maladies du nez et des fosses nasales. — III. Maladies des oreilles. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures.

*Opérations et appareils* : M. Léon Le Fort. — Thérapeutique des maladies chirurgicales, des articulations, des artères et des veines, de la tête et du cou. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à quatre heures.

*Histologie* : M. Robin. — Les tissus et les systèmes anatomiques, leurs modifications accidentelles. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures.

*Histoire de la médecine et de la chirurgie* : M. Laboulbène. — Histoire des maladies populaires de la France. — Biographie médicale. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

*Cliniques médicales* : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Hardy, à la Charité, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

*Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

*Clinique des maladies des enfants :* M. Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

*Clinique des maladies syphilitiques et cutanées :* M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

*Cliniques chirurgicales* : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Trélat, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

*Clinique ophthalmologique* : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

*Clinique d'accouchements :* M. Depaul, à la Clinique d'accouchements et de gynécologie, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

*Conférences de médecine légale pratique :* M. Brouardel, à la Morgue, tous les mardis, à quatre heures.

*Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques :* M. Farabeuf. — Le mardi, le mercredi et le samedi, à trois heures et demie (École pratique, rue Vauquelin).

*Conférences de physique :* M. Ch. Gay. — Le mardi, le mercredi et le samedi, à trois heures et demie (École pratique, rue Vauquelin). (*A suivre*)

## COURRIER

L'HÔPITAL DE SAINT-DENIS. — Le nouvel hôpital à Saint-Denis a été solennellement inauguré mardi dernier par la municipalité de la ville.

Il y a eu, à cette occasion, distribution de bons de viande et de bons de pain aux indigents de la localité.

Tous les malades qui pouvaient, sans danger, être évacués de l'ancien dans le nouvel hôpital, avaient été transportés dans la matinée et occupaient les nouvelles salles, dont l'aménagement répond absolument aux conditions de bien-être et d'hygiène préconisées par la science moderne.

L'hôpital, situé en bordure de la rue d'Aubervilliers, se compose de deux grands corps de logis et de trois pavillons isolés.

LA FIÈVRE JAUNE AU SÉNÉGAL. — On écrit de Saint-Louis le 26 septembre :

L'épidémie a fait pendant la dernière période de nombreuses victimes.

L'aviso l'*Alecton*, en rade de Saint-Louis, a perdu trois de ses officiers en trois jours : MM. Malcor, enseigne de vaisseau ; Pillevoisin, aide-commissaire, officier d'administration, et Vergnes, médecin-major. Le commandant, M. de Barbeyrac, restait le dernier à bord, aux dernières nouvelles.

Dans la colonie, la fièvre jaune fait moins de victimes ; mais ce sont les aliments qui manquent à ce mal dévorant. Nous comptons 418 morts, dont 52 officiers ou assimilés.

Les soins n'ont cependant pas manqué. Toutes les mesures qu'il était humainement possible de prendre ont été prises. Mais comment lutter contre un pareil fléau? Le régiment d'infanterie de marine caserné à Saint-Louis a été décimé. Le cadre des deux bataillons de tirailleurs sénégaliens n'existe plus.

Voici les noms de quelques-uns des officiers ou fonctionnaires morts depuis le départ du dernier paquebot : MM. Pécarrère, receveur de l'enregistrement ; Bugnet, chef de service des ponts et chaussées ; l'abbé Espinasse ; MM. Brun et Pinard, aides-médecins ; Jeannin et Poulet, sous-lieutenants d'infanterie de marine ; trois frères de Ploërmel et deux sœurs hospitalières.

Contrairement à ce qu'on a écrit, la fièvre jaune ne sévit pas à Gorée. On a d'ailleurs pris toutes les mesures désirables pour éviter toute contagion. C'est ainsi qu'on facilite le renvoi en France des Européens dont la présence n'était pas indispensable. Tous ceux que leurs affaires appellent ordinairement en Europe ont avancé leur voyage. Grâce à cette évacuation du trop-plein de la population européenne, l'état sanitaire est resté aussi satisfaisant que possible.

Les postes de Dakkar-Bakel sont également restés à l'abri de la contagion jusqu'à ce jour.

LE TÉLÉPHONE ET LA JUSTICE. — On vient d'établir entre le palais de justice de Berlin et la maison de détention préventive du quartier Moabit qui, soit dit en passant, est la plus grande prison de l'Europe, une communication téléphonique qui permet d'avertir directement le gardien de la prison, d'avoir à envoyer devant la cour tel ou tel prévenu. Il y a, de la sorte, économie de temps et de personnel.

---



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# OBSTÉTRIQUE

## DU DIAGNOSTIC, PENDANT LA GROSSESSE, DE LA PRÉSENTATION DÉFINITIVE DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE;

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 mai 1881,

Par P. BUDIN,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

On sait qu'en général, dans les dernières semaines de la grossesse, le fœtus pénètre par une de ses extrémités à travers le détroit supérieur et s'engage plus ou moins profondément dans l'excavation pelvienne. Ce serait presque exclusivement l'extrémité céphalique fléchie, c'est-à-dire le sommet, qui descendrait ainsi. L'engagement de la face paraît très peu probable. Quant à l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse, la plupart des auteurs évitent d'en parler, les autres le nient.

La présentation de l'extrémité pelvienne a été divisée en présentation de l'extrémité pelvienne complète ou présentation du siège en masse, et en présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses, mode des genoux ou mode des pieds, suivant que les fesses, les genoux ou les pieds s'engagent les premiers à travers le détroit supérieur. Hubert (de Louvain) ne considère ces variétés que comme secondaires : « Pour qui réfléchit un instant, dit-il, à la manière dont le fœtus est pelotonné dans le sein de sa mère, il est de toute évidence que les présentations des fesses (membres abdominaux relevés le long du tronc), les présentations des genoux (cuisses allongées), et surtout les présentations des pieds (cuisses et jambes étendues) ne peuvent pas être primitives, et qu'*au début du travail* il n'existe qu'une seule présentation : celle du *pelvis en masse*. Les trois autres modes ne sont que secondaires. » (1)

H. Fritsch (de Halle) (2) paraît avoir les mêmes idées que Hubert. « On ne peut pas, dit-il, faire primitivement une différence entre la présentation des fesses et la présentation des pieds. C'est au début du travail que la distinction s'établira. Le

(1) E. Hubert. *Cours d'accouchements*, deuxième édition, t. I, p. 266.

(2) H. Fritsch. *Klinik der Geburtshülflichen Operationen*, deuxième édition, p. 106.

---

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Voulez-vous que nous parlions un peu histoire naturelle? Cela nous distraira peut-être, vous des potains du jour, moi de ma bronchite. Voici, par exemple, un excellent article sur les taupes :

Les *taupes* occasionnent des ravages énormes dans les jardins. Quelques philanthropes ont voulu les conserver et même les multiplier sous le prétexte qu'elles mangeaient les vers blancs. C'est possible, mais elles bouleversent tout le jardin et y détruisent toutes les cultures. Nous avons un moyen certain de détruire le ver blanc; donc la taupe, si elle le mange, ce qui n'est pas prouvé, n'est que nuisible.

La taupe fouille à la surface du sol quand il est humide. Dans ce cas, on la prend avec la plus grande facilité. Avec un crochet, on la traverse ou on l'enlève au moment où elle fouille. Rien n'est plus facile, sans perdre de temps à la guetter.

La taupe est d'une exactitude militaire; elle fouille quatre fois par jour : à six heures du matin, à midi, à quatre heures et à six heures du soir. Soyez aussi exact qu'elle, et vous ne l'attendrez pas cinq minutes, si toutefois vous vous y prenez bien. La taupe est très fine; elle fait de nombreux *regards*, des trous pratiqués dans les allées et sur le bord des plates-bandes. Avant de fouiller, elle vient voir si rien ne la dérangera. Si vous êtes à la guetter avant l'heure, elle vous a vu, et ne fouillera pas. En outre, la taupe perçoit tous les sons avec une finesse inouïe; il faut marcher avec la plus grande précaution, sous le vent, et presque retenir

peu d'espace qui existe dans l'utérus des primipares fait que la présentation des fesses est plus fréquente chez elles, la présentation des pieds est plus fréquente chez les multipares. »

Dans ces dernières années, M. le docteur Pinard (1) a insisté sur une autre distinction portant sur les présentations de l'extrémité pelvienne. « Je pense, dit-il, qu'il faut diviser les présentations du siége en deux grandes variétés, les unes que j'appelle *franches*, les autres *accidentelles* ou *fortuites*. En effet, quand on examine des femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse et qu'on a reconnu que la tête occupe le fond de l'utérus alors que le siége est en bas, on trouve dans certains cas un fœtus *fixé* dans cette situation : il ne peut exécuter que des mouvements très limités; lorsqu'on veut le faire évoluer, le mobiliser, cela est impossible, et des examens répétés le font toujours reconnaître dans la même situation et la même attitude. C'est là la *présentation du siége franche.* Elle est le résultat d'une véritable accommodation.

« Cette variété est rare et se rencontre surtout chez des primipares.

« Dans d'autres cas, lors des examens que l'on pratique pendant les dernières périodes de la grossesse, on trouve le siége tantôt en bas, tantôt en haut. Il évolue pour ainsi dire à chaque instant : on le mobilise de même avec la plus grande facilité. En un mot, il n'y a aucune accommodation ni utérine, ni pelvienne. Il n'y a par conséquent aucune présentation.

« Lorsque le travail débute, la contraction utérine, rétrécissant les diamètres transverses, sollicite la présentation longitudinale, l'immobilise, et alors se trouve au niveau du détroit supérieur la tête ou le siége.

« C'est la variété que j'appelle la présentation du siège *accidentelle* ou *fortuite.* »

Sous le nom de présentations du siége franches, M. Pinard veut-il parler des cas où l'extrémité pelvienne se trouverait, dans les derniers temps de la grossesse, engagée plus ou moins profondément dans l'excavation pelvienne? Cela est peu probable, car s'il montre que le siége reste en bas fixé dans sa situation, il ne dit nulle part qu'il plonge dans l'excavation elle-même.

Du reste, depuis Mme Lachapelle, l'expression de présentation franche a un sens nettement déterminé : « Lorsque, dit M. Pajot, chacune des présentations précédentes occupe le centre du détroit supérieur, on dit que la présentation est *franche*,

(1) A. Pinard. *Traité du palper abdominal*, pages 37 et 38. Paris, 1878.

---

votre respiration. Si elle vous entend, sent votre pipe ou votre cigare, elle ne fouillera pas tant que vous serez là; mais, aussitôt parti, elle bouleversera tout.

On prend assez facilement les taupes avec les pièges ; le meilleur de tous est le piège double, qui détrône tous les anciens pièges comme toutes les élucubrations modernes, rêvées et exécutées par de braves inventeurs très intelligents, nous le reconnaissons, mais n'ayant jamais vu que des taupes empaillées, et ignorant absolument comment elles fouillent.

Les galeries souterraines des taupes sont souvent à une grande profondeur. C'est leur grande route; elles y passent toujours pour se rendre à de longues distances. Quand on les a découvertes, on y place un piège double; elles se prennent infailliblement au départ ou à l'arrivée.

Les pièges doivent être posés avec précaution, sans trop dégrader le trou, car elles passeraient à côté. On pose deux petites planchettes ou deux morceaux d'ardoise de chaque côté, pour empêcher la taupe de tourner le piège, puis on le recouvre avec des mottes de terre, pour que celle-ci ne l'obstrue pas et ne l'empêche de se détendre. On recouvre le tout de terre, afin d'éviter de laisser la lumière pénétrer sur le piège, et l'on place un petit bâton au-dessus pour marquer la place.

N'oublions point le petit bâton pour marquer la place. Les praticiens vous diront : *Monsieur, je n'ai pas besoin de ce bâton; je sais ben ousque mes pièges sont!* En suivant cette pratique par trop confiante dans l'infaillibilité de la mémoire, en moins de huit jours, de deux douzaines de pièges il vous restera deux ou trois.

***

Je vous ai introduit naguère avec un aimable guide dans un... comment dirai-je ? Le cabinet ? c'est trop prosaïque. L'antre ? c'est trop mythologique, de nos sibylles modernes, qui

mais il peut arriver à ces régions fœtales d'être plus ou moins inclinées au détroit supérieur. On appelle alors ces présentations *irrégulières* ou *inclinées* (1). »

Les faits dont nous voulons parler sont d'un autre genre. Ce sont des cas où l'extrémité pelvienne se trouvait, pendant la grossesse, engagée dans l'excavation. Il nous semble qu'on peut leur appliquer l'expression de présentation *définitive*, employée par MM. Tarnier et Chantreuil. « Les présentations, disent ces auteurs en parlant des présentations en général, sont *définitives* ou *temporaires* : définitives, quand une fois produites elles ne changent plus; temporaires, lorsqu'elles remontent pour faire place à une autre région fœtale. Une présentation profondément engagée dans l'excavation est presque toujours définitive; celle, au contraire, qui reste élevée, n'est assez souvent que temporaire. »

Si les auteurs ne parlent guère de l'engagement du siége pendant la grossesse, ils parlent encore moins des caractères à l'aide desquels il serait possible de reconnaître cet engagement. M. Pinard lui-même n'y fait aucune allusion. En exprimant d'une façon magistrale comment on doit procéder pour faire le diagnostic de la présentation par le palper, il s'exprime ainsi (2) : « Il faut explorer, interroger l'excavation. Pour cela, plaçant les mains à cinq ou six centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane, l'extrémité des doigts en rapport avec l'arc antérieur du bassin, on déprime la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, en rasant les branches horizontales du pubis.

« En opérant convenablement, deux sensations seulement peuvent être perçues : ou bien les doigts éprouvent une sensation de résistance résultant de la rencontre d'un corps dur, volumineux et arrondi et qui remplit l'excavation, et ne peuvent pénétrer plus profondément; ou bien au contraire les doigts ne rencontrent qu'une résistance fournie par les parties molles et peuvent s'enfoncer plus ou moins bas. Dans le premier cas, l'excavation est remplie; dans le second, elle est vide de parties fœtales.

« Examinons ces deux cas : excavation pleine et excavation vide.

« *Excavation pleine.* — Le corps que l'on rencontre offre toujours les caractères suivants : il est arrondi, régulier, résistant et remplit en totalité ou en partie l'ex-

(1) Pajot. *In* article *Accouchement* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, tome I, page 378.

(2) A. Pinard. *Loco citato*, page 116 et suivantes.

---

lisent le passé, le présent et l'avenir au moyen du marc de café ou autres conjurations. Laissez-moi vous conduire aujourd'hui, dans un boudoir plus élégant où les mystères et les conjurations de la nécromancie sont révélés aux profanes.

Dans le quartier du parc Monceau, au second étage d'une belle maison, vous serez facilement introduit auprès de la « muette », une somnambule qui a conservé des traditions un peu romantiques. On affirme que la « muette » a parfaitement gardé le don de la parole, et que l'absolu silence dans lequel elle se renferme n'a pour but que d'ajouter un côté mystérieux et étrange à ses consultations.

Son cabinet est tendu de velours rouge; elle est généralement vêtue de blanc. Au milieu de la pièce se trouve un tableau noir, encadré d'argent, sur lequel elle écrit ses oracles. Un peu trop de charlatanisme. Elle n'a pas de clientèle spéciale.

Bien qu'elle ait près de quarante ans, c'est encore une fort belle femme. De vieux Parisiens nous ont assuré que, avant de songer au magnétisme, elle avait appartenu à la catégorie des vierges folles.

***

Malgré ses airs majestueux et dignes, Mme I. H..., qui habite actuellement dans le quartier de l'Europe, jouit d'une assez mauvaise réputation.

Il est permis de croire, avec quelque raison, qu'elle n'a pas toujours fait bon usage des confidences qu'elle a reçues.

Il y a une vieille histoire de mari prévenu par elle, dans des circonstances tragiques, qui la suit partout.

Elle est associée avec un ancien prestidigitateur qui à l'occasion se rend « en ville » avec elle.

cavation. Ces caractères ne peuvent appartenir qu'à l'extrémité céphalique; d'autre part, le palper étant pratiqué pendant la grossesse, c'est-à-dire avant le début du travail, ce ne peut être que l'extrémité céphalique fléchie, le *sommet*, car jamais pendant la grossesse on ne rencontre dans l'excavation l'extrémité céphalique défléchie (la face), le siége ou le tronc. Des cinq régions fœtales qui peuvent se présenter avant le travail, *le sommet seul s'engage*. En raison de la conformation anatomique et du volume des autres régions, il est nécessaire, indispensable, pour que leur engagement se produise, que des contractions puissantes, fréquentes existent; et ces dernières n'apparaissent que pendant le travail de l'accouchement et nullement pendant la gestation.

« Donc *premier point* extrêmement important. La déduction constante et essentiellement pratique qui découle de cette simple constatation, à savoir que chez une femme enceinte il y a une région fœtale qui plonge dans l'excavation, est la suivante : *la présentation est celle du sommet.* »

Il est évident que si, d'une part, on ne pense pas que l'extrémité pelvienne peut s'engager dans l'excavation pendant la grossesse et si, d'autre part, on croit que toutes les fois qu'une région fœtale plonge dans l'excavation il y a une présentation du sommet, on sera exposé à se tromper et à affirmer une présentation de l'extrémité céphalique fléchie, alors qu'en réalité il existera une présentation du siége définitive. L'erreur sera d'autant plus facile que l'auscultation et le toucher donneront aussi des renseignements analogues à ceux qu'on trouve dans les présentations du sommet. M. Devilliers (1) raconte comment il s'est une fois trompé.

« Une dame de vingt-quatre ans, dit-il, primipare, bien conformée et chez laquelle le fond de l'utérus s'était notablement abaissé pendant les derniers jours de la grossesse, est prise à terme des douleurs de l'enfantement. L'auscultation me fait percevoir, dès le début du travail, les battements doubles du fœtus dans une partie de la région inférieure droite de l'utérus, leur summum sur le milieu d'une ligne s'étendant de l'épine iliaque droite antérieure et supérieure à l'ombilic : cette situation des bruits me laisse d'abord supposer une présentation du vertex en occipito-iliaque droite, et le toucher, que je ne puis pratiquer qu'avec beaucoup de ménagements à cause de l'intégrité des membranes et du peu de dilatation de l'orifice, me laisse percevoir à travers une couche épaisse de liquide am-

(1) C. Devilliers. *Recueil de Mémoires et d'Observations*, t. I, pages 71 et 72. Paris, 1862.

***

Il y aurait un volume à écrire pour pouvoir tout dire. Il faudrait parler encore de la dernière cartomancienne classique, dont le sévère appartement de la rue de Tournon, avec ses meubles empire, fait évoquer le souvenir d'Adélaïde Lenormand ; — de la guérisseuse de la rue Montmartre qui, *assistée d'un médecin*, donne — fort cher — des ordonnances qu'exécute un pharmacien spécial ; — de l'Espagnole Aï..., qui compose des philtres, comme au moyen-âge ; — de l'énigmatique créole Félicité, qui fait des mariages en même temps que du magnétisme...

Et toutes celles-là, il faut le répéter, ne s'adressent qu'aux classes éclairées ou dites telles, qu'aux gens du monde. On devine, avec le peuple, jusqu'à quelles folies on peut descendre !

***

Il n'est pas toujours commode, le rôle du médecin. Témoin la mort du malheureux Marchand de Toulouse, et tant d'autres faits tragiques qu'on pourrait rappeler.

En voici un qui, pour ne pas s'être terminé tragiquement, n'en a pas moins présenté un véritable drame :

A la suite de plusieurs accès de fièvre chaude, M. Combes, marchand de vin restaurateur, demeurant rue de Montreuil, à Vincennes, avait été enfermé à l'hospice de Bicêtre. Après un traitement de onze mois, il en sortait jeudi dernier dans un état de santé satisfaisant. Sa femme, ses parents, ses amis se réjouissaient lorsque, hier soir, l'infortuné, qui avait bu toute la journée avec ses clients, recommença à donner des signes certains d'aliénation mentale.

Justement inquiète, M^me^ Combes fit prévenir M. Coste, son médecin, qui se hâta d'accourir.

niotique, une tumeur ronde, régulière, peu élevée, offrant une dépression semblable à une suture, mais dirigée de droite à gauche et d'avant en arrière. Pour le moment je ne pousse pas plus loin mes investigations, le travail me paraissant d'ailleurs suivre une marche régulière. Ce n'est que six heures après que le stéthoscope m'indiquant toujours les bruits du cœur fœtal situés à la même place, l'orifice étant dilaté presque à moitié et les membranes étant rompues, je reconnais par le toucher une présentation de l'extrémité pelvienne par les fesses seules, en position sacro-iliaque droite antérieure. »

Il est probable qu'en cherchant dans leurs souvenirs un certain nombre de médecins se rappelleront des cas où après avoir cru à une présentation du sommet, ils ont été surpris de voir l'enfant sortir par l'extrémité pelvienne. Nous nous croyons d'autant plus autorisé à faire cette supposition, que nous avons eu l'occasion de voir plusieurs femmes arrivées près du terme de leur grossesse qui furent examinées par un certain nombre de personnes, dont quelques-unes très compétentes : le diagnostic porté fut en général celui de présentation du sommet, alors qu'en réalité il existait une présentation du siége engagé dans l'excavation. En voici quelques observations.

Obs. I. — La nommée Marie Des..., passementière, se présente à l'hôpital des Cliniques le 3 janvier 1879, disant qu'elle a, pendant la nuit précédente, perdu un peu de sang. Elle est âgée de 30 ans et enceinte pour la seconde fois, ses dernières règles sont apparues le 8 mai 1878. On la reçoit et elle est couchée au lit n° 1. En l'examinant, on constate au palper qu'une partie fœtale, volumineuse, résistante, plonge dans l'excavation pelvienne : une autre extrémité fœtale arrondie se trouve au fond de l'utérus, au niveau de la région épigastrique. Du côté gauche, il existe une surface large, plane, régulière, s'étendant de haut en bas et dirigée un peu en avant, c'est le dos. Du côté opposé, il n'y a pas beaucoup de liquide amniotique dans la cavité utérine. A l'auscultation, on entend le maximum des bruits du cœur au-dessous de l'ombilic et à gauche. Au toucher, le doigt arrive dans le cul-de-sac antérieur, sur une partie assez profondément engagée, laquelle, à travers le segment inférieur de l'utérus, paraît ronde et dure.

Tous ces caractères réunis pourraient faire croire au premier abord à une présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche antérieure, mais frappé par quelques particularités on examine plus attentivement, on analyse avec plus de soin les sensations perçues, et voici ce qu'alors on constate.

Par la palpation, la partie fœtale qu'on trouve plongeant à travers le détroit supérieur paraît bien arrondie, sphérique en avant, mais si on cherche sur elle les caractères que M. Pinard a

---

Du premier coup d'œil, celui-ci jugea la situation grave. Il défendit à son malade de se livrer désormais à la boisson et lui imposa aussitôt une diète sévère.

A l'audition de cette ordonnance, M. Combes entra tout à coup dans un accès de folie furieuse.

Il se précipita sur le docteur et le traîna jusqu'à la croisée, qu'il ouvrit. Puis, saisissant M. Coste par le cou, il le tint suspendu en dehors.

Plus mort que vif, le médecin n'osait faire un mouvement. Son dangereux client hurlait comme un possédé, le secouait, et menaçait de le laisser tomber dans le vide.

Des voisins ayant compris ce qui se passait, appliquèrent une échelle contre le mur; un d'eux gravit les échelons et saisit le malheureux médecin. Celui-ci n'était pas encore sauvé, car le fou ne voulait pas lâcher prise.

Il fallut qu'un forgeron vînt lui brûler les mains avec un fer rouge pour qu'il abandonnât sa proie.

Le marchand de vins a été reconduit à Bicêtre sur l'ordre du commissaire de police.

***

Je donne la parole à M. Adolphe Langlebert, pharmacien, qui répond à quelques réflexions et propositions émises par moi dans le n° 128 (17 septembre 1881). J'aurai certainement l'occasion de revenir sur cette question.

D^r^ Simplice.

Paris, le 28 septembre 1881.

Monsieur le rédacteur en chef,

Pardonnez-moi d'abuser de vos instants pour vous faire part de quelques réflexions susci-

montrés appartenir à la région frontale, on ne les trouve ni d'un côté ni de l'autre. De plus, si en avant la partie qui s'engage est assez dure, elle ne l'est peut-être pas autant que la tête, et en portant l'extrémité des doigts plus en arrière, vers la face antérieure du sacrum, la résistance des parties est moins grande.

L'attention étant ainsi éveillée, on explore avec plus de soin la partie fœtale qui occupe le fond de l'utérus : elle est ronde, moins volumineuse que ne l'est d'habitude le siége près duquel les membres supérieurs sont rassemblés, elle est en tout cas plus régulière et plus dure. Cependant, comme il n'y avait que peu de liquide dans la cavité utérine, on n'a pu percevoir le battement céphalique qu'après avoir placé la femme sur les genoux et sur les coudes; en mettant alors la main sur la région épigastrique et en repoussant de bas en haut et d'avant en arrière l'extrémité du fœtus qui se trouve à ce niveau, on obtient la sensation de ballottement (1).

La main qui explore le dos pour faire le diagnostic de la position n'arrive pas en bas sur la légère dépression qui existe habituellement à l'union de la tête et du tronc, au niveau de la nuque. Au contraire la région dorsale se continue directement avec la partie qui plonge dans l'excavation (2).

A l'auscultation, on entend le maximum des battements du cœur au-dessous de l'ombilic et du côté gauche, mais M. Ribemont (3) ayant démontré que le cœur est, sur le fœtus pelotonné dans la cavité utérine, à égale distance de l'extrémité céphalique et de l'extrémité pelvienne, il est facile de comprendre que si le siége se trouve engagé dans l'excavation, on devra aussi bien que dans les présentations du sommet entendre le maximum des bruits cardiaques audessous de la région ombilicale.

(1) M. Tarnier a déjà écrit : « Cependant, pour peu que les parois abdominales soient épaisses ou la paroi utérine rigide, on peut confondre l'extrémité céphalique (placée en haut) avec l'extrémité pelvienne, surtout quand on palpe celle-ci par sa face postérieure ou sacrée. Il ne faut donc accorder qu'une médiocre importance à ce genre d'exploration; il n'en est pas moins vrai qu'il a son utilité, et nous avons en mémoire tel fait clinique où l'auscultation et le toucher semblaient indiquer une présentation du sommet, tandis que par le palper on sentait la tête au fond de l'utérus, et l'enfant naquit par le siége. » Tarnier, in *Atlas complémentaire de tous les Traités d'accouchements*, page 221. Paris, 1864, et Notes ajoutées au texte de Cazeaux, huitième édition, page 335.

(2) Dans certains cas qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Tarnier a complété le diagnostic en constatant, en rapport avec le plan antérieur du fœtus, la présence des membres inférieurs relevés qu'il pouvait suivre dans toute leur longueur. (Tarnier. Communication orale.)

(3) A. Ribemont. *Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus. Applications à l'obstétrique,* page 18. Paris, 1878.

---

tées par un article paru dans le n° 128 de votre estimable journal, que vous avez bien voulu nous faire remettre.

Dans ce numéro, l'idée suivante est émise : avoir dans chaque quartier ou arrondissement une pharmacie désignée et où seraient donnés d'office les premiers secours aux nombreux blessés de chaque jour. Or, qu'arrive-t-il en présence d'un accident?

Les agents, quand il y en a, les passants en tout cas, se précipitent dans la première pharmacie qu'ils rencontrent, déposent leur blessé et vous laissent le soin de vous en tirer comme bon vous semble. Qu'arriverait-il à un pharmacien qui objecterait que son officine n'est pas celle désignée dans le quartier, et qu'il faut porter le blessé à tel endroit? Il courrait grand risque de voir sa maison envahie, la devanture brisée et sa réputation entachée. D'autre part, quelle triste clientèle pour le pharmacien désigné ! Son travail serait continuellement entravé par les soins à donner aux blessés, sa clientèle sérieuse éloignée, et ensuite ne serait-ce pas consacrer ainsi sa compétence et empiéter sur le domaine de la médecine ? Ce qui se fait journellement, dites-vous en aparté. Il faut le reconnaître, mais reconnaître en même temps qu'un pharmacien que l'on oblige moralement à recevoir et panser un blessé, parce qu'il y a urgence, ne perd pas, lorsque l'urgence n'existe plus, les capacités qui lui ont permis de faire ce pansement illégal.

Vous le reconnaissez, Monsieur, et puisque je vous demande l'hospitalité, permettez-moi d'abuser et d'émettre mon avis sur le sujet que vous avez bien voulu traiter.

Lorsqu'un accident arrive, pourquoi ne pas conduire le blessé au poste le plus voisin ? Là se trouverait une boîte de médicaments contenant tout ce qui est nécessaire en pareil cas : diachylon, charpie, bandes, alcool, baume du commandeur, arnica, etc., etc., et dont la clef serait confiée au chef de poste. Celui-ci ferait immédiatement appeler un médecin, qui

Au toucher, le doigt trouve bien dans le cul-de-sac antérieur une partie fœtale ronde, régulière, assez dure, qui correspond à la fesse et à la région trochantérienne dirigée en avant, mais si au lieu de limiter le toucher vaginal à l'exploration du cul-de-sac antérieur on porte le doigt dans les culs-de-sac latéraux et dans le cul-de-sac postérieur, on sent des inégalités. On ne peut évidemment distinguer avec netteté le sillon interfessier, mais on ne reconnaît pas la tumeur partout sphérique et résistante qu'on trouve en général dans les présentations du sommet.

Tous ces caractères réunis firent porter le diagnostic de présentation de l'extrémité pelvienne, en position sacro-iliaque gauche, variété antérieure.

Le fœtus resta profondément engagé dans cette situation jusqu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu le 13 février. L'enfant qui fut expulsé par le siége était une fille pesant 2,430 grammes. Il y avait une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée mode des fesses.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Dumas communique à l'Académie la décision adoptée à l'unanimité par le Congrès des électriciens sur les propositions qui lui ont été présentées par sa première section.

« On sait que l'Association britannique pour l'avancement des sciences a nommé, il y a quelques années, une commission chargée d'étudier cette question et de fixer les étalons de mesure pour les phénomènes électriques. Cette commission s'est arrêtée au choix d'un système d'unités basé sur la détermination des forces physiques en unités absolues rapportées au système métrique. Les unités fondamentales sont le centimètre, la masse du gramme et la seconde de temps moyen, et le système ainsi constitué est désigné par le symbole C. G. S. Pour les mesures pratiques, il a paru nécessaire de choisir des unités qui ne donnent pas des nombres trop grands ou trop petits pour les quantités dont on fait usage habituellement et utile de désigner ces unités par des noms spéciaux qui rendent le langage plus facile. A l'exemple de ce qui avait été fait déjà dans les réunions de l'Association britannique, le Congrès a décidé que les cinq unités les plus importantes : courant, force électromotrice, résistance, capacité électrique et quantité d'électricité, seraient désignées par les mots *ampère*, *volt*, *ohm*, *farad* et *coulomb*.

L'unité la plus importante au point de vue pratique, et dont toutes les autres peuvent se

---

pourrait ainsi donner tous ses soins au blessé, ayant sous la main tout ce qui est nécessaire et le blessé pouvant être immédiatement transporté à l'hôpital quand cela serait nécessaire. Il y a un service médical de nuit qui rend des services incontestables : un service médical de jour serait facile à établir.

Tout le monde gagnerait à cet état de choses : le blessé, qui aurait des soins mieux entendus que ceux donnés dans une pharmacie; le médecin, qui serait rémunéré pour son dérangement, et le pharmacien qui aurait l'immense avantage de ne pas voir son officine envahie, salie, ses clients éloignés et une lourde responsabilité assumée. Et Dieu sait s'il en a déjà! Heureux quand un blessé n'est pas amené pendant son absence, l'élève étant seul pour panser, recevoir le public, veiller aux flacons, répondre aux agents, etc. Il est vrai qu'un pharmacien ne devrait pas sortir! Et notez que je ne mentionne pas le cas où le blessé meurt dans la pharmacie et où son corps y reste déposé, le temps que durent les constatations et formalités nécessaires à l'enlèvement. Quelle pénible situation!

Je résumerai ainsi, Monsieur le rédacteur, ma proposition :

Translation du blessé au poste le plus voisin. Appel du médecin qui fait l'œuvre nécessaire. Présence, dans chaque poste, d'une boîte de secours, dont la clef serait déposée en lieu sûr.

Quant à l'entretien de ces boîtes, rien ne serait plus aisé, l'Assistance publique pouvant s'en charger par l'intermédiaire de la pharmacie des hôpitaux, ou chaque pharmacien de quartier étant désigné à tour de rôle pour un temps déterminé, remplissant les bons que signerait le médecin de service, et les faisant rembourser à l'Assistance.

J'ai été bien long, et peut-être ne m'avez-vous pas lu jusqu'au bout? — Si oui, grand merci, Monsieur, et ce remerciement, je le joins, pour ma part, à tous ceux que je vous adresse pour avoir bien voulu protester contre une situation intolérable.

Veuillez recevoir, etc.

A. Langlebert.

déduire facilement par des expériences simples, est celle de la résistance. En Allemagne, on adopte généralement comme étalon l'unité dite *de Siemens*, définie, comme l'avait autrefois proposé Pouillet, par la résistance d'une colonne de mercure de 1mmq de section et de 1m de longueur. Cette résistance équivaut environ aux 95/100 de l'ohm qui a été adopté par l'Association britannique.

Dans la discussion qui a eu lieu sur ce point, on a admis sans conteste que l'étalon de résistance doit être représenté par une colonne de mercure, les métaux solides pouvant présenter dans leurs propriétés électriques des variations qui dépendent du temps et des opérations mécaniques ou physiques auxquelles ils ont été soumis, variations qui ne sont pas encore suffisamment connues. Une colonne de mercure, au contraire, aura toujours, à la même température, une résistance définie. D'autre part, il a paru très important que l'unité de résistance fût établie sur une base purement scientifique et rapportée aux unités absolues.

Après une discussion approfondie, le Congrès a décidé de conserver la définition de l'Association britannique et d'employer le mercure comme étalon; mais il a jugé qu'il était nécessaire de faire de nouvelles recherches pour déterminer la longueur de la colonne de mercure à zéro, qui devra être acceptée dans la pratique comme représentant avec une approximation suffisante la résistance d'un ohm.

Ces travaux ne peuvent être accomplis que par une commission internationale de savants. Le Congrès a prié M. le ministre des postes et des télégraphes de prendre des mesures pour que cette commission soit convoquée dans le plus bref délai. Le résultat en est impatiemment attendu par la science et l'industrie.

Les résolutions adoptées par le Congrès sont les suivantes :

1° On adoptera pour les mesures électriques les unités fondamentales : centimètre, masse du gramme, seconde, et ce système est désigné, pour abréger, par les lettres C. G. S.

2° Les unités pratiques, l'*ohm* et le *volt*, conserverout leurs définitions actuelles : l'ohm est une résistance égale à $10^9$ unités absolues (C. G. S.); le volt est une force électromotrice égale à $10^8$ unités absolues (C. G. S.)

3° L'unité pratique de résistance (*ohm*) sera représentée par une colonne de mercure de 1mmq de section à la température de 0° C. Une commission internationale sera chargée de déterminer, par de nouvelles expériences, pour la pratique, la longueur de la colonne de mercure de 1mmq de section à la température de 0° C., qui représentera la valeur de l'ohm.

4° On appelle *ampère* le courant produit par la force électromotrice d'un volt dans un circuit dont la résistance est d'un ohm.

5° On appelle *coulomb* la quantité d'électricité définie par la condition que, dans le courant d'un ampère, la section du conducteur soit traversée par un coulomb par seconde.

6° On appelle *farad* la capacité définie par la condition qu'un coulomb dans un condensateur dont la capacité est d'un farad établisse entre les armatures une différence de potentiel d'un volt. »

M. Dumas appelle l'attention de l'Académie sur les résultats remarquables d'une opération exécutée au Palais de l'Industrie par M. C.-W. Siemens, dans la section de l'exposition de la Grande-Bretagne.

Il s'agit de la fusion de quelques kilogrammes d'acier, obtenue par le courant électrique, dans un creuset de magnésie. La fusion, opérée en quatorze minutes, n'a exigé pour la mise en mouvement de la machine électrodynamique qu'une dépense de charbon inférieure à celle qu'eût exigée la fusion directe dans un fourneau ordinaire.

M. Dumas met sous les yeux de l'Académie le lingot d'acier obtenu.

M. Prosper de Pietra Santa, à l'occasion de la note publiée par M. du Bois-Reymond, concernant les recherches sur le gymnote dans le Venezuela faites par M. le docteur Sachs, rappelle à l'Académie la communication qui lui a été faite au mois de juillet 1858 par Jobert de Lamballe, et les conclusions formulées dans une brochure publiée au mois de septembre de la même année, sous le titre « Études sur les appareils électriques des poissons électriques. »

Cette brochure de notre regretté confrère est accompagnée de onze planches, dessinées d'après nature, et montrant, chez le gymnote, le mode de terminaison des nerfs, les rapports des grands et des petits appareils, la disposition des aponévroses d'enveloppe à l'égard de ces mêmes appareils, celle des muscles qui semblent jouer un rôle dans les commotions électriques, sous l'influence de la volonté, etc. Enfin, le malaptérure électrique a été également l'objet de dissections intéressantes, conduisant à des conclusions nouvelles.

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mai 1881. — Présidence de M. Charrier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : les journaux périodiques de la quinzaine — Les *Annales* de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire, t. VII, 4e partie (1880). — *Revue des travaux scientifiques* (mai 1881).

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Kastus, médecin consultant à Allevard (Isère), qui envoie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, les mémoires suivants : 1° Essai sur l'étiologie et la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. — 2° Considérations sur la méthode d'inhalation froide et tempérée pratiquée aux eaux sulfhydriquées d'Allevard. — 3° Études analytiques hydro-médicales sur Allevard. Indications et applications thérapeutiques.

Une commission composée de MM. Rougon, Bouloumié et Gillebert Dhercourt fils, rapporteur, est chargée d'examiner les titres du docteur Kastus.

—

A propos du procès-verbal et de la récidive du cancer du sein, M. Gillebert Dhercourt père demande la parole et lit la communication suivante :

Messieurs,

Puisqu'il a été question de la récidive du cancer, j'ai pensé que vous entendriez avec intérêt l'exposé des idées que professait sur ce sujet l'habile chirurgien de Lyon, le docteur Bonnet, idées qu'il a exposées dans un mémoire lu à la Société de médecine de Lyon.

Il n'admettait pas, à l'exemple de certains auteurs modernes, que la diathèse cancéreuse fût due à l'infection exercée de proche en proche par une lésion primitive locale; il croyait au contraire que la diathèse cancéreuse préexiste aux lésions locales, ainsi que l'ont enseigné Hippocrate, Celse, et parmi les modernes l'école de Montpellier, Monro, Boyer, etc., mais il reconnaissait que les motifs développés par cette école, tout en démontrant l'existence de la diathèse cancéreuse, ne prouvaient pas incontestablement sa préexistence à toute lésion locale. Suivant lui cette démonstration restait à faire.

« Pour lever tous les doutes, dit-il, il faut démontrer que l'altération de la santé a précédé l'apparition des tumeurs, et que la diathèse s'est manifestée par des signes évidents avant toute lésion locale.

« Or, ajoute-t-il, les femmes qui, à un certain âge, sont atteintes de squirrhes ou d'encéphaloïdes, n'ont jamais été bien portantes. Des névralgies, des migraines, des alternatives de frissons et de fièvre, des douleurs vagues les ont toujours tourmentées pendant une grande partie de leur existence. Si on les interroge avec soin, on constate que chez elles l'apparition des tumeurs cancéreuses a été précédée de nombreux troubles fonctionnels au nombre desquels sont : l'altération des fonctions de la peau, qui est constamment sèche, aride, ne transpirant presque jamais même sous l'influence de la course ou de la chaleur, et qui garde sa pâleur malgré l'action excitante des frictions ou des douches; l'affaiblissement de la calorification; le dérangement des menstrues, l'état nerveux, etc. Il reconnaît bien que ces perturbations fonctionnelles ne sont pas particulières à la diathèse cancéreuse; qu'on les rencontre souvent chez des femmes atteintes de maladies nerveuses ou rhumatismales; il n'a donc pas l'intention de faire de l'existence de ces troubles un fait caractéristique de la diathèse cancéreuse; mais il lui semble très raisonnable de penser que, puisque ces troubles fonctionnels sont si fréquents, ils placent la constitution dans un état favorable au développement des tumeurs malignes. Il fait à ce sujet une comparaison qui, je n'en doute pas, paraîtra ingénieuse.

« Quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la nature de ces tumeurs, dit-il, on ne peut méconnaître que ce sont des corps parasites qui vivent aux dépens de l'organisme sur lequel ils s'implantent.

« On ne peut mieux les comparer, ce me semble, qu'à ces champignons qui se développent sur des arbres déjà vieux et malades. Sans doute la vieillesse et la maladie de ces arbres ne suffisent pas pour que des champignons s'y implantent et y vivent à leurs dépens; mais l'affaiblissement de leur vitalité diminue indubitablement leur résistance à l'implantation et à l'accroissement de ces êtres parasites : il en est de même, sans aucun doute, des altérations de la santé par rapport aux tumeurs cancéreuses. »

Enfin il trouve dans la diminution ou la cessation des troubles fonctionnels précités après l'apparition de la tumeur squirrheuse, une preuve de la liaison des premiers avec la diathèse cancéreuse.

Il conclut de tout cela qu'une altération de la santé nécessaire au développement des tumeurs

malignes, précède leur apparition, et que cette affection constitutionnelle peut être assez bien constatée pour devenir la base d'indications positives, auxquelles il est possible de satisfaire à l'aide des méthodes thérapeutiques existantes. Partant de là, à l'exemple de Sauvage, il n'admet l'extirpation des tumeurs qu'après que les malades ont suivi un traitement général capable de détruire toute disposition intérieure. « Cette conclusion, dit-il, ne conduit ni à l'illusion qui fait voir une ressource efficace dans l'opération hâtive et sans préparation ; ni au découragement qui proscrit toute extirpation locale. Elle admet l'intervention de la médecine opératoire ; mais seulement comme complément d'une cure que les moyens généraux ont commencée. Elle imite, dans l'ordre thérapeutique, la succession que nous admettons dans l'évolution pathologique, savoir : la modification de l'économie avant celle de l'état local. »

En conséquence, il prescrit de préparer les malades à l'opération par un traitement général propre à rétablir la santé, auquel il faut donner une durée de plusieurs mois et à l'aide duquel on doit avoir surtout en vue d'éteindre les troubles fonctionnels préexistants, c'est-à-dire de ramener à leur état normal les fonctions de la peau, celles de la digestion, du système nerveux et celles qui président à la production de la chaleur animale.

Entre toutes les méthodes générales, l'hydrothérapie lui paraissait la plus propre à remplir ces indications ; c'est pourquoi il la prescrivait de préférence aux eaux minérales et aux sudorifiques, qui avaient été proposés dans le même but.

Mais quand il parlait d'hydrothérapie, il n'entendait pas les formes restreintes sous lesquelles l'eau froide est administrée dans les hôpitaux ou à domicile, il entendait une médication complète faite dans les conditions de salubrité que présentent les établissements hydrothérapiques, et prolongée assez longtemps pour modifier puissamment la santé, pendant deux ou trois mois par exemple, enfin telle que celle à laquelle ont été soumises, à Serin et à Longehins, les malades dont il rapporte l'histoire, et qui a consisté, dans les premiers temps, en frictions au drap mouillé deux ou trois fois par jour ; puis en maillots secs ou humides suivis de frictions au drap mouillé ou d'immersion dans la piscine, une fois par jour ; enfin en douches générales en colonne ou en pluie fine.

Cependant il reconnaissait que l'hydrothérapie, de même qu'aucune autre médication générale, ne fait disparaître ni même n'améliore notablement les tumeurs et les ulcères de nature cancéreuse ; qu'on ne peut faire résorber, par les unes ou par les autres, les tissus fibreux, les cellules cancéreuses et les vaisseaux ; que le seul résultat qu'il soit possible d'obtenir est la résorption de la sérosité qui infiltre les tumeurs ; qu'on ne peut attendre des moyens généraux que l'amélioration de la santé et une légère diminution des tumeurs, ainsi qu'un arrêt dans leur évolution.

Il recommandait particulièrement, pendant le cours du traitement général, de surveiller la marche de la lésion locale, prescrivant, dans le cas où, malgré ce traitement, la tumeur du sein éprouverait un accroissement rapide, et menacerait de s'ouvrir, de l'extirper avant que l'ulcération se soit produite.

Conséquent avec ses principes, Amédée Bonnet refusait d'opérer toutes les femmes qui ne consentaient pas à se soumettre avant tout à un traitement hydrothérapique suffisamment prolongé. Il cite dans son mémoire sur ce sujet des exemples des conséquences funestes d'un tel refus. Ce mémoire se termine par les observations de malades affectées de tumeurs malignes du sein sans glandes sous l'aisselle, sans ulcération de la peau et qui ont été opérées après avoir subi un traitement hydrothérapique de trois mois. — Ces malades, au nombre de quatre, étaient encore vivantes au moment de la lecture de ce travail ; alors l'opération datait chez l'une de 9 ans, chez les autres de 6, de 5 et de 4 ans.

Je crains, Messieurs, d'abuser de votre attention, cependant je vous demande la permission de vous citer une des observations consignées par Amédée Bonnet dans son mémoire :

« Au printemps de 1850, je fus consulté par M<sup>me</sup> P..., âgée de 43 ans, atteinte d'un cancer du sein. Ayant reconnu chez elle l'absence de la transpiration, la langueur de la calorification et les maladies nerveuses les plus variées, je lui conseillai, avant tout, un traitement hydrothérapique ; elle le suivit à l'établissement de Serin sous la direction de M. Gillebert Dhercourt ; elle le continua trois mois sans que la tumeur qu'elle portait au sein éprouvât de modification sensible. Je l'opérai au bout de ce temps avec l'aide des docteurs Teissier et Pomiès ; sa tumeur était un *encéphaloïde lardacé*. La guérison fut rapide, mais sept à huit mois après, c'est-à-dire au printemps de 1851, il se manifesta sous l'aisselle du côté opéré une tumeur dure et douloureuse qui nous fit craindre une récidive. Un nouveau traitement hydrothérapique de deux mois fit disparaître entièrement cette production nouvelle. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie bien que cette dame ait éprouvé de grands chagrins par suite de la mort de son mari, qui avait été envoyé en Afrique et qui y contracta la maladie à laquelle il a succombé. Depuis cette époque, j'ai eu fréquemment de ses nouvelles, et au mois de décembre 1856, M. Gillebert Dhercourt, qui l'avait dirigée dans ses deux traitements

hydrothérapiques, m'a dit avoir constaté depuis peu de temps la conservation de sa santé et l'absence de récidive. »

Le docteur Amédée Bonnet terminait son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Le traitement hydrothérapique à lui seul est impuissant à guérir et même à améliorer notablement les tumeurs cancéreuses du sein ;

2° L'opération sans préparation ne tarde pas à être suivie de la récidive, et cette récidive n'est pas moins à craindre lorsqu'on s'est contenté d'un traitement général de quelques semaines seulement.

3° Lorsque la tumeur du sein se complique de glandes sous l'aisselle, l'association d'un traitement général complet et d'une opération est encore impuissante à prévenir la récidive.

4° Cette combinaison peut produire une guérison *définitive*, si la tumeur n'est pas ulcérée et ne s'étend pas au delà du sein.

*(La fin au prochain numéro.)*

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE SUR LES ACCIDENTS SYMPATHIQUES OU RÉFLEXES DÉTERMINÉS PAR LES ASCARIDES LOMBRICOÏDES, SPÉCIALEMENT PENDANT L'ENFANCE, par le docteur Fr. GUERMONPREZ. — Paris, 1881. J.-B. Baillière.

Les médecins qui exercent en province, et surtout dans certaines régions du nord de la France, sont habitués à rencontrer des accidents vermineux. Ces phénomènes morbides d'origine sympathique ont quelquefois une grande gravité, et certes, sur ce point, les conclusions du docteur Guermonprez sont parfaitement justifiées par l'observation clinique. Personnellement, nous avons été témoin d'accidents de ce genre chez une nouvelle accouchée; ces accidents firent croire au début de graves phénomènes puerpéraux à marche aiguë et prononcer un pronostic des plus graves. L'expulsion d'ascarides fut l'heureux et rapide dénouement de cette scène pathologique.

La brochure du docteur Guermonprez est donc un travail clinique très utile à consulter par les praticiens parce que, par la connaissance des faits cliniques que l'auteur a pu réunir, on évitera des erreurs de diagnostic. Une thérapeutique appropriée, consistant dans l'emploi des toniques et des anthelminthiques, permettra de combattre, souvent avec succès, des accidents aussi effrayants par leur gravité que par leur soudaineté. — Ch. E.

## Faculté de médecine de Paris

(ANNÉE SCOLAIRE 1881-1882).

### COURS AUXILIAIRES.

*Cours auxiliaire de chimie médicale :* M. Henninger, agrégé. — Chimie biologique. — Biologie générale, principes immédiats de l'économie animale, phénomènes chimiques de la digestion, sang, lymphe, respiration, phénomènes d'assimilation, composition chimique des principaux tissus, phénomènes de désassimilation, sécrétion. — Le mercredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

*Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale :* M. de Lanessan, agrégé. — Zoologie médicale. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à deux heures (grand amphithéâtre).

*Cours auxiliaire de pathologie interne :* M. Legroux, agrégé. — Maladies du tube digestif (rate et foie exceptés). — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

*Cours auxiliaire de pathologie externe :* M. Marchand, agrégé. — Généralités, maladies de la peau. — Tissus cellulaires, etc. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures (salle Laënnec).

*Cours auxiliaire d'accouchements :* M. Budin, agrégé. — Thérapeutique obstétricale et opérations. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures (petit amphithéâtre).

*Cours auxiliaire de physiologie :* M. Rémy, agrégé. — 1° De la reproduction ; 2° du développement ; 3° des organes des sens. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

*Cours auxiliaire d'anatomie pathologique :* M. Strauss, agrégé. — Inflammations. — Inflammations spécifiques. — Thrombose et embolie. — Atrophies. — Hypertrophies. — Dégénérescence. — Stéatose. — Dégénérescence amyloïde. — Athérose. — Néoplasme. — Classifi-

cation des tumeurs. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à trois heures (petit amphithéâtre).

TRAVAUX PRATIQUES

*Anatomie* : M. Farabeuf, agrégé, directeur des travaux anatomiques. — Enseignement de l'ostéologie. — Dissection. — Démonstrations quotidiennes d'anatomie par les prosecteurs. — Tous les jours, étude et dissections, de midi à quatre heures. — Démonstration dans chaque pavillon, de une heure à quatre heures.

*Physiologie* : M. Laborde, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations de physiologie.

*Histologie* : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'histologie.

*Histoire naturelle* : M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histoire naturelle. — Le lundi et le jeudi, première serie ; le mardi et le samedi, deuxième série ; de neuf heures à onze heures.

*Chimie médicale* : M. A. Gautier, agrégé, chef des travaux. — Manipulations chimiques. — Le mardi et le jeudi, de une heure à trois heures ; le mercredi et le vendredi, de huit heures à dix heures.

*Physique médicale* : M. Ch. Gay, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques de physique. — Conférences de physique. — Le mardi, le jeudi et le samedi, de quatre heures à six heures.

*Anatomie pathologique* : M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'anatomie pathologique. (*A suivre*)

---

LE CHOLÉRA. — D'après les dernières nouvelles reçues de la Mecque, l'épidémie cholérique qui avait éclaté dans la ville sainte, parmi les pèlerins récemment arrivés, serait entrée dans la période de décroissance. On n'aurait plus compté que cinq morts seulement à la date du 21 septembre. C'est une atténuation considérable sur les chiffres des premiers jours. Tout permet donc d'espérer que cette fois encore l'Europe pourra échapper à l'invasion du fléau, surtout si l'on tient rigoureusement la main aux mesures prescrites contre le retour des pèlerins.

UNE NOUVELLE EXPOSITION INTERNATIONALE D'ÉLECTRICITÉ. — L'exposition d'électricité de Paris n'est pas encore fermée, on pourrait même presque dire qu'elle est à peine ouverte. Voici que les Anglais, jaloux sans doute du succès qu'elle obtient, veulent à leur tour avoir leur *Great exhibition of electricity*.

On aurait pu penser, qu'en leur qualité d'hommes prudents et réfléchis, les Anglais attendraient au moins quatre ou cinq ans pour convier les électriciens à un nouveau tournoi scientifique. C'eût été le moyen de donner aux résultats constatés cette année, le temps de s'affirmer, et aux progrès nouveaux une occasion heureuse de se produire.

Pas du tout, les Anglais ont vu dans l'exposition d'électricité de Paris un succès, et, se trouvant sans doute un peu éclipsés dans les splendeurs du palais de l'Industrie, ils veulent avoir aussi leur succès à eux et chez eux. Ils ont voulu battre le fer pendant qu'il est chaud, et ils convoquent tous les électriciens du monde entier à une exposition qui s'ouvrira au palais de Cristal de Londres le 21 décembre prochain pour se terminer au mois de mars 1882.

S'il y a des exposants de Paris qui n'aient pas encore déballé leurs appareils, ils n'ont qu'une chose à faire : c'est d'expédier tout de suite leurs colis à Londres ; cela leur évitera double frais d'emballage.

Il n'y a qu'un mot à dire pour caractériser le projet d'exposition anglaise d'électricité, si rapprochée de celle de Paris : c'est que l'intérêt de la science n'y est pour rien ; ce n'est pas, en effet, en deux mois qu'une science aussi mystérieuse que celle de l'électricité peut réaliser de sérieux progrès, soit dans la pratique, soit dans la théorie.

L'exposition d'électricité de Londres ne sera, au point de vue scientifique, qu'une seconde édition, sans corrections ni retouches, de celle de Paris ; mais, au point de vue matériel, elle pourra peut-être devenir une *affaire, business,* comme disent les Anglais.

Si cette gloire leur suffit, tant pis pour eux.

Mais nous aimons à croire que les chefs de la science anglaise sont étrangers à cette entreprise, dont l'initiative n'a pu venir que des industriels et des spéculateurs. (*Les Mondes.*)

---

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# OBSTÉTRIQUE

## DU DIAGNOSTIC, PENDANT LA GROSSESSE, DE LA PRÉSENTATION DÉFINITIVE DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE;

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 mai 1881 (1),

Par P. BUDIN,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons vu d'autres cas du même genre, que nous allons résumer en quelques mots.

OBS. II. — Le 25 décembre 1878, entre à l'hôpital des Cliniques la nommée Pauline C..., âgée de 24 ans, couturière. Cette femme, qui est enceinte pour la troisième fois, a eu ses dernières règles du 18 au 20 avril : sa grossesse a été absolument normale. En l'examinant un peu après son entrée, on trouve que le fond de l'utérus ne remonte qu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A la palpation, on constate que le détroit supérieur est complétement rempli par une partie fœtale, mais cette partie examinée avec soin est un peu mollasse, irrégulière.

Au fond de l'utérus, au niveau et au-dessus de l'ombilic, on trouve un peu à droite uue partie volumineuse, dure, ronde, régulière : cette partie ballotte sous la pression brusque des doigts, car il paraît y avoir une quantité normale de liquide dans la cavité utérine. Le dos est dirigé à gauche et en avant. Le maximum des bruits du cœur est au-dessous de l'ombilic, à gauche, mais très voisin de la ligne médiane.

Au toucher, on sent à travers le cul-de-sac antérieur une partie ronde, volumineuse, qui a été prise pour la tête par une personne qui a déjà fait l'examen; mais en certains points, surtout en arrière, cette partie est mollasse, moins régulière. Les premières douleurs apparurent le 26 décembre, à 3 heures du soir; nous avons, à 6 heures 1/2, essayé en vain, avec M. Chaignot, externe du service, de refouler le siége au-dessus du détroit supérieur dans l'intervalle des contractions utérines, afin de pratiquer ensuite la version céphalique par manœuvres externes. Le 27 décembre, à 6 heures 40 du matin, l'accouchement se terminait rapidement, dix minutes après la rupture des membranes, par l'expulsion d'un garçon pesant 2,800 grammes, et sortant par les fesses, les membres inférieurs relevés sur la paroi antérieure du tronc.

OBS. III. — La nommée Louise-Désirée B..., âgée de 20 ans, couturière, enceinte pour la première fois, entre à la clinique de la Faculté le 1er octobre 1879. A l'examen, on trouva les mêmes caractères que dans l'observation I. Seulement, comme il y avait très peu de liquide dans la cavité amniotique, il ne fut pas possible de percevoir au fond de l'utérus le ballottement céphalique ; la tête était cependant reconnaissable à ses autres caractères. Le dos était dirigé à droite. L'accouchement eut lieu le 11 octobre, à 2 heures du matin; il existait une extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses, l'enfant était du sexe masculin et pesait 2,900 grammes.

D'autres observations m'ont été communiquées. Il y a dix-huit mois, un de mes bons amis, accoucheur distingué, vint me voir vers quatre heures du soir et me dit qu'ayant quelques instants de liberté, il allait assister à la leçon que je devais faire à mon cours particulier. Je parlai justement, ce jour-là, des présentations de l'extrémité pelvienne, et j'insistai sur les caractères qui permettent de faire, pendant la grossesse, le diagnostic des présentations temporaires et des présentations définitives du siège. « Vous ne sauriez croire, me dit après la leçon mon ami le docteur X..., combien le diagnostic que vous avez exposé m'a intéressé. Il y a quelques mois, ma femme m'a donné un troisième enfant. Pendant les derniers temps de sa grossesse, je l'ai souvent examinée, et chaque fois je faisais le diagnostic de présentation du sommet, je croyais la tête profondément engagée dans l'excavation. Je pensais trouver, et je trouvais en réalité presque tous les caractères habituels de la présentation de l'extrémité céphalique fléchie. Quelle ne fut pas ma surprise, pendant le travail, de constater par le toucher, après la rupture des membranes, une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. »

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

M. le docteur Ribemont a bien voulu, de son côté, me communiquer les deux observations suivantes :

Obs. V. — Mme Br..., primipare, âgée de 20 ans, a eu ses dernières règles le 20 septembre 1878. Je la vois pour la première fois et l'examine le 15 juin 1879. L'excavation est occupée par une partie fœtale volumineuse qui la remplit complètement et ne permet pas d'enfoncer au-dessous du détroit supérieur l'extrémité des doigts qui dépriment les parois abdominales en arrière des branches horizontales du pubis. Je pense immédiatement avoir affaire à une présentation du sommet, et je cherche à reconnaître les caractères du siège au niveau du fond de l'utérus. Une sensibilité assez vive des parois abdominales m'empêche d'explorer comme je le voudrais le fond de l'utérus, où je ne puis sentir aucune petite partie fœtale. Le plan dorsal est à gauche et en avant. L'auscultation, en me faisant entendre les bruits cardiaques en un point plus rapproché de la symphyse pubienne que du fond de l'utérus, me confirme dans mon opinion.

Pratiquant alors le toucher, je rencontre une partie fœtale arrondie, ferme, très profondément engagée dans l'excavation. Le segment inférieur de l'utérus est assez épais, et je ne puis sentir ni suture, ni fontanelle.

En déprimant la partie fœtale dans le cul-de-sac postérieur, elle me sembla moins résistante, moins osseuse qu'une extrémité céphalique. Me souvenant alors des faits dont, quelques mois auparavant mon ami M. le docteur Budin avait entretenu ses élèves particuliers, faits d'engagement profond de l'extrémité pelvienne dans l'excavation plus ou moins longtemps avant le début du travail, je redoublai d'attention. Le palper, pratiqué de nouveau au détroit supérieur, ne me donnait pas la sensation de tumeur osseuse plus appréciable du côté de la région frontale. Il n'y avait pas ce vide qui existe entre le tronc et la partie fœtale engagée lorsque celle-ci est l'extrémité céphalique. Je me ralliai alors à ce diagnostic : présentation du siège en position sacro-iliaque gauche antérieure.

Le 21 juin, Mme Br... accouchait d'une fille bien développée, qui sortit en présentation du siège, mode des fesses.

Obs. VI. — Boud... (Adolphine), primipare, âgée de 20 ans, entre le 13 décembre 1880 à la Clinique. Elle est enceinte de huit mois environ. Deux élèves du service l'examinent le lendemain et portent sans hésitation le diagnostic de présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche antérieure. Voulant contrôler leur diagnostic, je pratique le palper et reconnais que l'excavation pelvienne est remplie par une partie fœtale volumineuse qui s'y engage profondément. Il est toutefois difficile d'apprécier la forme de cette partie ; elle ne paraît pas nettement distincte des parties fœtales situées au-dessus du détroit supérieur, mais semble plutôt se continuer avec elles, du moins à gauche. De ce côté, et sur toute la hauteur de l'utérus, je reconnais le plan résistant formé par le dos. Au fond de l'utérus est une masse lisse, dure, régulière, que je crois être la tête, bien qu'il me soit impossible de la faire ballotter.

J'examine avec attention la masse engagée dans l'excavation pelvienne, et je sens, en exerçant sur elle avec les deux mains des pressions simultanées et de sens opposé aux deux extrémités de son diamètre transversal, qu'elle est moins dure que ne le serait une tête et qu'il est possible de *tasser* un peu les parties qui la constituent. En auscultant, je trouve le maximum des bruits cardiaques bien au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre une masse lisse, arrondie, dont la consistance, quoique ferme, ne donne pas cette sensation de dureté osseuse qui caractérise la tête.

Le diagnostic n'est plus douteux. Il s'agit d'une présentation du siège en position sacro-iliaque gauche antérieure. La femme, examinée à plusieurs reprises, est soumise en vain à des tentatives de version par manœuvres externes.

Le 8 janvier 1880, Boud... accouche spontanément d'un enfant mâle du poids de 3,290 gr., qui se présente par l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. Il y avait fort peu de liquide amniotique.

Voici donc six cas dans lesquels il y a eu, pendant la grossesse, avant tout début de travail, une présentation de l'extrémité pelvienne définitive, le siège étant profondément engagé. Dans tous ces faits, il s'agissait de présentations de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

En général, les enfants n'étaient pas très volumineux (obs. I, 2,430 gr.; obs. II, 2,800 gr.; obs. III, 2,900 gr.).

Dans la plupart des cas, il y avait peu de liquide amniotique et l'utérus était parfois assez fortement appliqué sur le fœtus.

Ces diverses conditions s'ajoutent pour expliquer l'engagement du siège pendant les derniers temps de la grossesse.

Trois des femmes étaient primipares, les autres étaient, l'une secondipare, deux tertipares. Autant donc qu'il est permis d'en juger par ces observations encore trop peu nombreuses, ces faits ne seraient guère plus fréquents chez les primipares que chez les multipares.

En résumé :

1° Dans les derniers temps de la grossesse, on peut observer des présentations définitives de l'extrémité pelvienne.

2° Dans les cas où le siège était ainsi engagé, il s'est toujours agi jusqu'ici de présentations de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

3° L'inspection, la palpation, l'auscultation et le toucher peuvent, au premier abord, faire croire à une présentation de l'extrémité céphalique fléchie avec engagement marqué de la tête; mais si on analyse attentivement plusieurs des sensations perçues, il est possible d'éviter toute erreur et d'arriver au diagnostic exact.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Pleurésie diaphragmatique*, par le docteur MONOD. — Il existe deux formes de pleurésie diaphragmatique. La première, consécutive à une maladie inflammatoire (pleurésie costo-pulmonaire, pneumonie de la base, péritonite), ou à une maladie chronique (tuberculose), est grave et correspond à la description que les anciens auteurs donnaient de la *phrénésie, paraphrénésie* et *diaphragmatite.* La seconde est primitive et consiste dans une inflammation légère du feuillet diaphragmatique de la plèvre. Elle est due le plus souvent au refroidissement et en dehors de la douleur, elle ne présente pas, en général, de signes caractéristiques. On peut la désigner sous le nom de *forme bénigne de la pleurésie diaphragmatique.*

Une femme de 18 ans, admise dans le service de M. le professeur Denucé pour des accidents syphilitiques, s'expose à un courant d'air. Le lendemain, elle ressent une vive douleur localisée sous le sein droit, exaspérée par la toux, les inspirations et les efforts de la parole. La toux est quinteuse, la température un peu élevée, le facies pâle et l'immobilité complète dans le décubitus dorsal. Les signes physiques consistent dans la submatité des deux bases, plus marquée à droite; et, aux mêmes points, dans une faible diminution du murmure vésiculaire. Quelques râles disséminés s'entendent vers les sommets. A la suite de l'application d'un vésicatoire, les symptômes s'atténuent. Mais, deux jours après, l'anxiété augmente et la température s'élève à 39,2. On provoque une vive douleur en *détente* en pressant à droite de l'appendice xyphoïde, au niveau des insertions costales du diaphragme, et en refoulant le foie de bas en haut. La respiration possède nettement le type costo-supérieur. A l'auscultation, on constate une diminution du murmure vésiculaire à droite.

La résolution s'opère les jours suivants. Elle débute par une diminution de la douleur, la disparition de la submatité des deux bases et la chute de température. Après la cessation des symptômes fonctionnels, on entend encore pendant quelque temps des frottements légers aux deux bases des poumons (*Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux,* p. 752, 16 juillet 1881). — Ch. E.

*Abcès du foie compliqué d'empyème; opération; guérison*, par le docteur W. MENDELSON. — Une malade, âgée de 32 ans, avait été admise, le 9 octobre 1880, à New-York Hospital, parce qu'elle présentait les signes d'une pleurésie. Un accès subit de dyspnée qui survint dix jours après son entrée, et qui était dû à l'entrée de l'air dans la cavité pleurale, fut suivi d'une expectoration de crachats purulents. On constata la formation d'un pyo-pneumothorax; d'ailleurs une ponction exploratrice au moyen de l'aspirateur avait fait reconnaître l'existence du pus. Dès lors, l'abcès du foie devint apparent, surtout au niveau de l'ombilic, dans la région épigastrique. Une ponction sous-cutanée faite en ce point fit reconnaître l'existence du pus. La compression de cette tumeur ne la faisait pas diminuer de volume, et elle n'était pas ébranlée par les secousses de la toux; de plus les diamètres du foie étaient augmentés, et cet organe adhérait à la paroi abdominale. Une large incision fut pratiquée et donna issue à du pus. L'introduction du doigt dans cette ouverture ne laissa pas de doute sur le siège de la tumeur. Enfin la diminution de la toux et de l'expectoration fut immédiate et leur cessation complète survint quelques jours après. La guérison demanda deux mois, et le traitement consista dans l'emploi d'injections phéniquées. Pour l'auteur, l'abcès hépatique et l'empyème étaient indépendants l'un de l'autre; il n'existait pas à travers le diaphragme, comme on

pouvait le croire, de trajet de communication entre les deux foyers. Il appuie son opinion sur la nature différente du pus, qui était de bonne nature dans l'abcès du foie; fétide au contraire et ne contenant pas de bile dans les produits de l'expectoration (*The american Journ. of med. sc.*, juillet 1881, p. 65). — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mai 1881. — Présidence de M. Charrier.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

M. Duroziez lit un rapport sur le mémoire envoyé par M. le docteur Th. Caradec fils (de Brest), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, intitulé : *Considérations sommaires sur le pouls et la température dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde de Brest* (1880).

Messieurs,

Vous avez chargé une commission composée de MM. de Beauvais, Thévenot, Duroziez, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. Caradec fils. Nous venons nous acquitter envers vous.

M. Caradec fils présente, pour appuyer sa candidature, un travail sur un des points les plus délicats de notre science fertile en difficultés de toute espèce. Il s'agit des rapports entre la fièvre continue et la fièvre intermittente. Où finit l'une? Où commence l'autre? On disputera encore longtemps à moins que M. Pasteur ne nous trouve le microbe spécial à chacun des poisons. Les Italiens jurent qu'ils tiennent le baccillus générateur; M. Burdel, de Vierzon, vient affirmer devant l'Académie qu'il n'en est rien. M. Caradec fils peut encore tenir pour l'origine tellurique d'une fièvre typhoïde à forme intermittente et affirmer qu'une simple fièvre intermittente n'est pas une fièvre intermittente sans que ni vous ni nous, sûrs du contraire, puissions dire à M. Caradec : Vous ne passerez pas. Ces fièvres continues qui sont intermittentes et ces intermittentes qui sont continues ont fait faire bien des taches d'encre dont nous allons augmenter le nombre à notre grand déplaisir. M. Caradec fils nous a provoqué, nous irons sur le terrain tellurique, à tâtons, dans le pays des chimères.

M. Caradec fils a détaché d'un travail quelques considérations sommaires sur le pouls et la température dans l'épidémie de fièvre typhoïde de Brest pour 1880. Ce qui a caractérisé cette épidémie c'est le type franchement intermittent qu'a pris la fièvre à la fin de la maladie. M. Caradec, s'appuyant sur les travaux de M. Léon Colin, admet l'origine tellurique de la fièvre typhoïde dans ce cas parce qu'on a fait à Brest des travaux de démolition; les détritus organiques auraient exhalé le poison infectieux. Il rejette la fièvre intermittente simple, même dans les cas où elle seule a paru, et n'admet pas la complication de la fièvre typhoïde par la fièvre palustre. Il nous est difficile de bien saisir l'idée de l'auteur. Nous sommes habitué à considérer comme cause de fièvre palustre les travaux de défrichement, de fouille; il y a là un élément acquis, impossible à supprimer sans de bonnes raisons. D'où vient la fièvre typhoïde qui se surajoute? Sort-elle des mêmes détritus? Peut-on affirmer qu'elle ne soit pas d'origine fécaloïde? Cela me semble difficile.

Nous serions disposé à accepter deux maladies qui se superposent ou se suivent, la fièvre typhoïde et la fièvre palustre, ainsi que le font la variole et la fièvre typhoïde. Sydenham, qui aimait tant à jouer avec ces combinaisons de fièvre continue et de fièvre intermittente, aurait peut-être admis une fièvre intermittente double tierce ou double quarte, ou triple tierce ou triple quarte, simulant la fièvre continue; en tout cas, il eût admis la fièvre continue dominée par la fièvre d'automne. Nous avons vu une série de fièvres typhoïdes avec accès intermittents à la convalescence chez des gens venant de tous les coins de Paris à l'hôpital; mais cette série existait à l'automne et seulement pour un automne. Pour l'automne suivant, la fièvre typhoïde prenait la forme dysentérique, la dysenterie régnant alors en maîtresse. Sous ce rapport, nous acceptons les idées de Sydenham.

M. Caradec rejette si bien l'idée de fièvre intermittente palustre qu'il insiste sur ce fait que le sulfate de quinine ne pouvait rien sur les accès.

Comment cependant se défendre de l'idée de fièvre palustre commune quand M. Caradec fils dit que les accès de fièvre intermittente ont constitué quelquefois toute la maladie ; qu'un certain nombre de personnes ayant séjourné à Brest pendant l'épidémie ont été prises d'accès de fièvre intermittente quelque temps après leur retour dans leur localité ? Il y a probablement un malentendu entre nous. Nous aurions voulu que M. Caradec fils nous dît s'il y avait

en ce même moment à Brest des fièvres palustres; il est probable qu'il les aura englobées dans sa fièvre typhoïde.

Nous relevons sur cette épidémie les renseignements suivants, fournis par la statistique de M. Ernest Besnier :

M. Bucquoy : « Le dernier trimestre de l'année 1880 a été remarquable par le grand nombre de cas de fièvre typhoïde que j'ai eus dans mon service à l'hôpital Cochin et par les particularités qu'ils ont présentées, surtout par la fréquence absolument insolite des rechutes au moment de la convalescence. Sur 22 cas de fièvre typhoïde, nous avons observé 12 fois la rechute. Elle survenait ordinairement dans les premiers jours de la convalescence et lorsque, depuis deux ou trois jours déjà, le tracé de température indiquait la défervescence. La durée de la rechute a été très variable, jamais moins de cinq à six jours, ordinairement de un à deux septénaires; une fois elle a été aussi longue que la maladie elle-même, l'entrée définitive en convalescence n'ayant eu lieu que le cinquante-huitième jour. Nous avons suivi, dans le cours de ces rechutes, l'évolution des phénomènes morbides qui étaient la reproduction fidèle seulement atténuée de ce que nous avions observé pendant la maladie; les taches rosées lenticulaires n'ont jamais fait défaut. Deux fois la mort est survenue dans le cours de ces rechutes, et j'ai pu constater qu'à une évolution nouvelle des symptômes répondait une évolution nouvelle dans les lésions anatomiques. Je sais que, dans d'autres services, on a été frappé aussi de la fréquence des rechutes dans la fièvre typhoïde de ce trimestre. »

M. Bucquoy explique donc les reprises de la fièvre par une seconde poussée avec papules : nous n'avons pas les tracés sous les yeux, nous ne pouvons donc pas dire si le pouls tombait au chiffre normal. Il est toutefois remarquable que M. Bucquoy ait constaté les mêmes reprises que M. Caradec, sans l'expliquer de même. Les faits sont-ils les mêmes, différemment interprétés? Nous ne pouvons le dire.

M. Caradec père a transmis à M. E. Besnier la note suivante, qui vise la même épidémie que celle qui a été étudiée par M. Caradec fils :

« Les maladies saisonnières du dernier trimestre de 1880 se sont à peu près complètement effacées devant la fièvre typhoïde, dont les premiers cas ont apparu à la fin d'août; le mois de septembre en a compté un certain nombre, mais c'est au commencement d'octobre que le mouvement épidémique s'est pleinement dessiné; il a atteint son summum d'intensité en novembre, pour prendre fin vers le milieu de décembre. La fièvre typhoïde est en permanence dans la caserne du Château. Le docteur Aron admet une cause tellurique à cause des travaux de terrassement et de bouleversements incessants de terre saturée de détritus organiques aux portes mêmes du Château. Ce sont les rues qui confinent au quartier voisin du Château qui ont fourni le plus de fièvres typhoïdes. Tous les médecins que j'ai consultés ont noté comme moi, pendant la période terminale de la maladie, des oscillations thermiques considérables; la température restant très élevée le soir, descendait parfois, le matin, au chiffre normal. Les lésions nécropsiques ont été trouvées, dans bien des cas, peu marquées. Le sulfate de quinine n'a pas empêché la maladie de suivre son cours, alors même que son emploi semblait le mieux indiqué. Beaucoup de convalescences ont été longues, et plusieurs ont été entravées par des rechutes consécutives à des écarts de régime. »

Quelques auteurs attribuent, en effet, ces rechutes à des écarts de régime. Cette genèse risque d'être un peu trop simple : un médecin qui m'affirmait n'avoir jamais de rechutes, grâce à la surveillance qu'il exerce sur le régime de ses malades, avait dans ses salles un malade en état de rechute. Les théories sont cruelles! L'intermittence peut être produite par des causes différentes; l'élément palustre n'en est pas la seule origine. L'intermittence a été attribuée à l'élément tellurique; on l'observe dans les pays de culture, là où il n'y a pas apparence de marais, en pleine Beauce; on l'observe pendant les démolitions et les fouilles faites dans les grandes villes, à Paris, par exemple; dans les défrichements; des bains froids pris à heure fixe peuvent la déterminer; la cause qui produit la fièvre typhoïde peut la produire; mais, dans le cas présent, quand on attribue la maladie aux tranchées faites dans un vieux quartier de Brest, rejeter pour la fièvre typhoïde l'élément animal, fécaloïde, et, pour la fièvre intermittente simple, l'élément de fouille, de défrichement, et n'admettre comme cause des deux maladies qu'un élément tellurique non impressionnable par le sulfate de quinine, nous paraît d'une démonstration difficile à suivre. L'intermittence n'est pas le nœud de la question; ce n'est pas le fil conducteur à travers ce labyrinthe inextricable des fièvres plus ou moins continues, rémittentes et intermittentes, parcouru par tant d'explorateurs depuis Hippocrate jusqu'à M. Caradec fils, qui, sans le vouloir, nous a entraîné à sa suite et va nous faire dévorer par le minotaure; il sera dévoré avant nous, c'est notre consolation.

Par quels signes sont caractérisés les accès de fièvre pour M. Caradec fils? Dans un endroit il est assez difficile et dit : « Qu'on remarque bien que j'entends par là des accès de fièvre caractérisés par les trois stades, frisson, chaleur et sueur. » Dans un autre, il l'est moins ;

« Chez les enfants, la période à laquelle ces accès de fièvre se sont montrés le plus souvent a été la convalescence; c'est quand tous les symptômes avaient disparu et que l'enfant était parfaitement bien portant, qu'il était pris subitement de céphalalgie, de frisson ou d'un simple refroidissement suivi de chaleur et de sueur; après quoi tout rentrait dans l'ordre. Quelquefois même il n'y avait *aucun prodrome initial*. Le matin, la température était à 37° et au-dessous; le soir, sans que l'enfant éprouvât le moindre malaise, elle montait à 39° et au-dessus. C'est ce que nous avons observé chez l'enfant d'un de mes excellents amis, le docteur Guyot, qui a suivi ces accès de fièvre intermittente pendant quinze jours le thermomètre en main. C'est ce que j'ai observé chez l'enfant L... Tous les matins la peau était fraîche, et la mère m'affirmait que tous les soirs, après une sensation de froid dans le dos, la peau devenait chaude, puis trempée de sueur. Pendant vingt jours, la température est montée dans les environs de 39°, puis est enfin descendue à 37° sans se relever. » Les signes ont donc varié, et ce n'est pas une surprise, nous connaissons tous les fièvres larvées. Il n'y a d'ailleurs pas grand intérêt pour M. Caradec fils à constater ces accès, puisqu'il ne les reconnait pas justiciables du sulfate de quinine. Ce ne sont plus que des accès un peu plus dessinés que ceux qu'on trouve souvent dans la fièvre typhoïde.

« Si la périodicité des accès est régulière, dit M. Lereboullet, il s'agit d'une fièvre intermittente, à moins qu'on ne l'observe dans la convalescence d'une fièvre continue. » Pour M. Lereboullet, on observe ces accès réguliers dans la fièvre continue, quelle qu'en soit l'origine, tellurique ou fécaloïde ou autre. Mais ne peut-il pas y avoir des saisons, des années où ces accès de fièvre de convalescence viennent plus facilement? On voit que la question ne s'éclaircit pas beaucoup, quelque lueur qu'ait jetée dans la matière l'élément fécaloïde.

Nous aussi avons observé des accès de fièvre à la suite de la fièvre typhoïde. Ces accès relevaient-ils de l'élément palustre? Etaient-ils dus à un second élément de maladie surajouté à l'élément typhoïde? Nous l'avons cru parce qu'il est généralement admis que la fièvre palustre vient souvent compliquer les maladies, parce que nous voyions les fièvres typhoïdes se compliquer de la forme intermittente à une époque où nous observions en même temps beaucoup de fièvres intermittentes quotidiennes et tierces.

En août 1856, nous avons noté 2 cas de fièvre tierce, chez une femme de Paris immédiatement guérie par le sulfate de quinine à 0,40, et chez un homme qui avait eu autrefois des fièvres tierces à Oran.

En septembre, 2 cas de fièvre un peu irrégulière.

En octobre, 7 cas dont 6 cas de fièvre quotidienne et 1 cas de fièvre tierce.

En 1857, pour la même période, nous ne trouvons en septembre que 1 cas de tierce, et, en octobre, 1 cas de quotidienne.

En 1859, 1 cas de tierce en août, 1 quotidienne en octobre.

En 1860, 3 tierces en août.

La constitution palustre était donc très nette en octobre 1856, et nous ne devons pas être étonné si à la même époque la fièvre typhoïde prenait la forme intermittente.

Hamard, 48 ans, menuisier, né au Havre, entre le 6 octobre 1856 et sort le 21. — Il est à Paris depuis deux ans. Il est malade et ne travaille pas depuis trois semaines, alité depuis huit jours. — 6 octobre. Il a été pris de frisson à une heure de l'après-midi au Parvis. A six heures du soir, le pouls est à 100, la chaleur ardente, la soif vive; le malade a encore froid dans le dos. — 7 M. La sensation de froid n'a cessé qu'à minuit, et a été suivie de sensation de chaleur et de sueur. La rate est assez grosse. Sulfate de quinine, 1 gr. Soir. P. 60. — 8 M. P. 52. Bourdonnements. Ébriété. Sulfate de quinine, 1 gr. Soir. P. 60. Pas de fièvre. Céphalalgie forte. — 9 M. P. 52. Sulfate de quinine, 1 gr. — 10 M. Pas de fièvre. Soir. P. 52. Pas de fièvre. — 11. M. P. 56. Sulfate de quinine, 1 gr. Soir. P. 56. Céphalalgie. Un peu de chaleur. Rate un peu grosse. — 12 M. P. 48. Pas de fièvre. — 13 M. P. 44. — 16 M. P. 72. Sensation de froid. Ni chaleur, ni sueur. Sulfate de quinine, 1 gr. Soir. P. 52. Pas de fièvre. Il sort le 21. Le sulfate de quinine a coupé la fièvre contractée à Paris.

Rousseau, 26 ans, boucher, né à Paris, entre le 12 octobre 1856 et sort le 5 novembre. Il a servi trois ans, et a la diarrhée depuis qu'il a quitté le service. Depuis deux mois, il a de la fièvre et de la céphalalgie. Il est malade et alité depuis le 6. — Le 13 M. P. 88. Soir. P. 100. Frisson, chaleur et sueur. — 14 M. P. 72. Soir. Frisson de midi à une heure. P. 100. Chaleur. Rate grosse. — 15 M. P. 64. Soir. Sulfate de quinine, 2 gr. — 16 M. P. 72. Sulfate de quinine, 1 gr. Soir. Frisson à quatre heures, moins fort. Chaleur et sueur modérées. — 17 M. P. 60. Sulfate de quinine, 1 gr. Soir. Frisson plus fort que la veille, de deux à trois heures. P. 84. — 18 M. P. 64. Rate de 10 centimètres en hauteur. Sulfate de quinine, 1 gr. Soir, cinq heures. Frisson de une heure à trois heures. — 19 M. P. 64. Sulfate de quinine, 2 gr. Frisson à midi, moins fort, une minute seulement. Chaleur et sueur. — 20. Peu de frisson à

quatre heures, pendant dix minutes. Sulfate de quinine, 1 gr. 50. Soir. P. 76. Intervalle entre le frisson et la chaleur. — 21 M. P. 64. Chaleur et sueur de deux à quatre heures du matin. Sulfate de quinine, 2 gr. Soir. P. 68. — 22. P. 64. Chaleur, à huit heures du matin, sans frisson. Un peu de moiteur. Sulfate de quinine, 2 gr. 50. Soir. P. 72. Peu de bourdonnements. — 23 M. Sulfate de quinine 2 gr. 50. Soir. P. 72. — 24 M. P. 72. — 25 M. Un peu de frisson à deux heures. Soir. P. 84. — 26. P. 56. Sulfate de quinine, 2 gr. 50. — 27 soir. P. 76. — 28. P. 60. — 29. Sulfate de quinine, 2 gr. 50. — Il sort le 5 novembre. Les accès ont persisté pendant quelque temps, malgré l'emploi du sulfate de quinine à haute dose.

Lachaise, âgée de 28 ans, domestique, née dans la Corrèze, entre le 18 octobre 1856 et sort le 10 novembre. A 19 ans, elle a été malade trois mois d'une fièvre typhoïde probable. Elle est à Paris depuis trois ans. Malade depuis six semaines, elle ne travaille pas depuis un mois et ne s'est pas alitée. Céphalalgie et toux depuis quinze jours. Anorexie depuis huit jours. Insomnie depuis quatre jours. Pas d'épistaxis. — 18 soir. P. 100, petit. Chaleur modérée. Ventre un peu développé, gargouillement abondant, sans douleur à la pression. Rate un peu grosse. Langue blanche, humide. Rien à la poitrine. Nous notons des papules. — 19 M. P. 76. Rate grosse. Sueurs abondantes. — 20 soir. P. 88. Pas de chaleur; pas de sueur. — 21 M. P. 84. Soir. P. 84. — 22 M. P. 76. Soir. P. 84. Frisson général vers une heure. Céphalalgie continuelle. — 23 M. P. 72. Frisson à six heures du matin. Chaleur et sueur. Trois portions. — 28 M. P. 80. — 29 soir. P. 108. — 30 M. P. 72. Soir. P. 108. Chaleur depuis une demi-heure. Pas de rate. — 31. M. P. 72. Soir. P. 100. — 1er novembre. P. 72. Soir. P. 84, très petit. — 2. M. P. 68.

Cette observation est à moitié chemin de la fièvre typhoïde à la fièvre intermittente, plus près de la première que de la seconde.

Piffe, 22 ans, ouvrier en peignes, né à Paris, entre le 3 octobre 1856, sort le 6 novembre; trente-quatre jours.

Depuis quatre jours, il a de la fièvre vers les neuf heures du matin. Le 3 au soir. P. 84. — Le 6. P. 64 M. 84 S. — 7. P. 76 M. 84 S. — 8. P. 72 M. 84 S. Chaleur depuis trois heures. S. Rate toujours un peu grosse. — 10. P. 72 M. 84 S. Chaleur, gargouillement iléo-cæcal. — 11. P. 64 M. 88 S. Extrait de quinquina, 4 gr. — 12. P. 60 M. Fièvre le soir. — 13. P. 68 M. 84 S. — 14. P. 60 M. 84 S. Rate grosse. — 17. P. 56 M. Sulfate de quinine, 1 gr. 84 S. Rate grosse. Sulfate de quinine, 1 gr.; de même jusqu'au 20. S. P. 96. Un peu de chaleur, plus tôt que les autres jours. Jamais de frisson. Rate grosse. — 21. P. 60 M. 84 S. Pas de frisson. Chaleur datant de cinq heures du soir. Sulfate de quinine, 1 gr. Deux portions. — 22. P. 72 M. 84 S. Sulfate de quinine, 1 gr. — 23. P. 68 M. 96 S. Pas de frisson; peu de chaleur. Rate peu grosse. Surdité. Pas de céphalalgie. — 24. P. 72 M. Sulfate de quinine, 1 gr. 50. Soir, P. 96. Il n'a mangé que sa soupe. — 25. P. 72 M. 84 S. Froid aux pieds depuis neuf heures du matin. — 26. P. 68 M. — 27 S. P. 100. Chaleur depuis trois heures et demie du soir. Il mange une portion. — 28. P. 84 M. Rate grosse. Sulfate de quinine, 2 gr. S. P. 88. — 29. P. 60 M. Chaleur vers huit heures. P. 84 S. — 1er novembre. P. 64 M. 108 S. — 3. P. 68 M. 108 S. Se trouve bien. Mange. — 4 S. P. 96. — 5 S. P. 108. Rate toujours grosse.

Ici, la fièvre intermittente domine certainement la fièvre typhoïde, si celle-ci a existé, et n'a pu être coupée par le sulfate de quinine. Il n'y a pas de frisson.

Pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre 1856, nous avons observé de nombreux cas d'accès intermittents liés à la fièvre typhoïde.

Gelon, 32 ans, domestique, née à Hauteville (Isère), entre le 6 septembre 1856, sort le 13 octobre (quarante-sept jours). Elle est à Paris depuis quatre mois. Elle est malade depuis douze jours. Elle a eu de la fièvre, de la céphalalgie intense, de la surdité, dévoiement, nausées, anorexie, insomnie, soif vive. Le pouls à 108, matin et soir, vient à 96 M., 108 S., puis à 96 M., 96 S., puis 84 M., 96 S., puis à 76 M. — Le 24 au soir (vingt-cinquième jour de la maladie), P. 120. Frisson depuis trois heures de l'après-midi. — 25. Sulfate de quinine, 0,50 centigr. P. 96. Frisson moins long, mais aussi fort. — 26. Sulfate de quinine, 0,50 centigr. Pas de fièvre. Froid aux pieds seulement. Soir, P. 95. — 27. Sulfate de quinine, 0,50 centigr. Pas de fièvre. Soir, P. 96. Légers frissons. — 28. Sulfate de quinine, 0,50 centigr. — 29 soir. Pas de fièvre. P. 80. Pas de sulfate de quinine. Elle sort le 13 octobre.

Aubine, 19 ans, garçon marchand de vins, né à Landizac (Orne), entre le 4 septembre 1856, sort le 13 novembre (soixante-dix jours). Il est à Paris depuis dix-huit mois. Il est malade depuis huit jours. Céphalalgie, vomissements, épistaxis, insomnie. P. 84. — Le 6 octobre (trente-sixième jour de la maladie), P. 48 M. 84 S. — 7 S. P. 108. Chaleur ardente. — 8. P. 88 M. P. 96 S. Chaleur ardente. Rate grosse. Sulfate de quinine, 0,50 centigr. — 9. P. 72.

— 10. P. 60. — Les 19, 20 et 21, sulfate de quinine, 1 gramme. — Le malade va décidément mieux le 25. Soixante-dix jours d'hôpital.

Une troisième malade, Rouget, âgée de 27 ans, domestique, née dans la Creuse, entre en même temps que les deux précédents le 5 septembre 1856. Elle est à Paris depuis six mois, et n'a jamais fait de grande maladie. Elle a de la céphalalgie depuis un mois. Depuis huit jours, elle ne travaille pas, elle a de la céphalalgie et de la fièvre, de l'anorexie. Le 5 S. P. 108. — Le 10 P. 108. — 11 M. P. 120, S. 100. — 12 M. P. 108, S. P. 84. — 13 M. P. 72, S. P. 76. — 17 (20e jour de la maladie) M. frisson vers 11 h. S. P. 108, chal. et sueur. Elle sort le 25.

Démaret, 29 ans, a une fièvre typhoïde avec papules le douzième ou quatorzième jour. Entré le 2 août 1856, il a le pouls à 76 le matin et le soir les 16, 17, 18. Puis les 19, 20 et 21 au soir le pouls est à 96 avec de la chaleur. Le 22, le pouls est à 64.

Guillot, 18 ans, a des épistaxis et de l'anorexie depuis 13 jours à son entrée; il est malade surtout depuis 5 jours. Le pouls est à 96 deux jours de suite et tombe après une saignée et une application de ventouses à 60 où il reste du 24 au 29 août. Le 30, il est à 84 avec de la céphalalgie. Le 1er septembre à 64 le matin et à 92 le soir avec de la chaleur et de la céphalalgie. Le 2 à 56 le matin et à 84 le soir avec de la céphalalgie. Le 3, à 56 le matin. Le malade sort de l'hôpital.

Sire, 30 ans, est malade depuis 8 jours quand elle entre le 26 août 1856. Le pouls est à 84 le 26 au soir. Le 27 84 M. 108 S. Le 29 P. 96 chaleur et sueur. Le 4 septembre P. 64. Sortie le 9.

Pestré, 25 ans, malade depuis 5 jours. 27 août 1856 P. 88. — 1er septembre P. 84 M., P. 96 S. — 2 P. 84 M., P. 108 S. — 4 P. 72 M., P. 96 S. — 5 P. 108 chaleur M., P. 72 S., puis P. à 60.

Dans nos observations de fièvre intermittente bien nette, presque toujours dans les antécédents nous trouvons des fièvres intermittentes formellement accusées. Dans les fièvres typhoïdes à accès plus ou moins répétés survenant pendant ou après la convalescence, nous ne trouvons pas de fièvre intermittente dans les antécédents; de plus les accès apparaissent le soir plutôt que le matin; dans ces derniers cas, sous le type quotidien. Tantôt il y a frisson, chaleur et sueur, mais c'est la chaleur et la fréquence du pouls qui dominent, la céphalalgie est intense, la rate développée.

Un point qui a frappé au premier chef M. Caradec fils a été l'écart considérable qu'il a constaté dans un certain nombre de cas entre le pouls et la température. Chez le nommé Leclerc, le 3 décembre, T. 40°, P. 88. — 4 M. T. 39,2, P. 68. — 5 T. 39, P. 64. Le malade se rétablit très rapidement.

Le malade n'est suivi que neuf jours; le dernier jour, le pouls est à 60. Il eût été intéressant de savoir jusqu'où le pouls aura baissé. Il est possible que le chiffre normal soit très bas et que 88 soit relativement un chiffre assez élevé.

Ce rapport de 88 pulsations à 40°, nous le trouvons dans plusieurs de nos observations, aussi bien en 1857 qu'en 1856.

Hardy, décembre 1856; présente 40° avec 88 pulsations, et meurt.

Forestier, octobre 1857, guérit; 41 jours d'hôpital.

Vanacker, juillet 1857, guérit; 55 jours d'hôpital. Le pouls tombe à 48.

Gras, août 1857, guérit; 32 jours d'hôpital. Le pouls vient à 52.

Benoist, septembre 1857. P. 84, 40°, guérit; 32 jours d'hôpital. Le pouls vient à 56.

Hervé, novembre 1856. P. 76, 40° S. — 76, 40° M. Saignée, vent. sc. 64, 38°,8 S. Saignée. P. 72, 38°,5 M. — P. 68, 37°,5 M. P. 68 S. — P. 64, 38°,5. M. P. 60, 38°,5 S. — P. 60 M. P. 64, 40° S. — P. 60 S. — P. 52 M. P. 64 S. — P. 60, 36° M. — 39°,3 S. — P. 56 M. — P. 60 M. — P. 68 S. — P. 72 M. — 17 jours d'hôpital.

Calame, octobre 1857. P. 76, 40° S. — Le pouls vient à 52; 20 jours d'hôpital.

Lassius, novembre 1857. P. 84, 40° S. — P. 60, 39° S. 15 jours d'hôpital.

Il est remarquable que nous ne trouvions la réunion de ce chiffre peu élevé du pouls et d'un chiffre élevé au contraire de la température que dans la dernière partie de l'année. Il n'y a qu'un cas de mort; 40° n'est pas une température excessive. Le chiffre du pouls a une grande valeur, puisqu'en présence d'une température forte on peut porter un pronostic favorable si le chiffre du pouls est faible.

Astié, 18 ans, octobre 1857. A Paris depuis trois mois; malade depuis quinze jours. Ne

travaille pas depuis un jour, non alité. Epistaxis. P. 120, 40°,8 S. Saignée de sept palettes. P. 108 à la suite. — P. 108 M. Saignée, ventouses. P. 132, 39°,5 S. — P. 108, deux vésicatoires M., P. 124 S. — P. 120 M. — P. 96 M., deux vésicatoires, P. 108 S. — P. 124 M. — P. 132 M. P. 120 S. — P. 108 M. P. 132 S. — P. 108 M. Vésicatoire. P. 120 S. Meurt quinze jours après son entrée.

Pour une température de 40° à l'entrée nous trouvons chez ceux qui mourront : 40°,2, P. 100. — 40°, P. 100. — 40°,3, P. 108. — 40°, P. 108. — 40°, P. 112.

Chez ceux qui guérissent : P. 76, 2 fois ; P. 84, 2 fois; P. 88, 3 fois; P. 92, P. 96, P. 100, P. 104, 4 fois; P. 108, 2 fois (40° et 40°,3); P. 112, 2 fois (40° et 40°,3); P. 124, temp. à 40°,3.

Ceux qui mourront ont 100 pulsations et au-dessus, tandis que sur 19 qui guérissent, 10 ont 100 et au-dessus, et 9 de 76 à 96, dont 7 de 76 à 88.

Le pouls nous offre donc encore un renseignement précieux.

Mais ne doit-on pas tenir compte du chiffre normal du pouls de chaque individu, chiffre qui varie et qu'il ne faut pas confondre avec celui de la convalescence, beaucoup plus bas que le chiffre normal, puisque nous l'avons vu baisser jusqu'à 40 ?

M. Caradec fils, en opposition aux cas sans gravité où à une température élevée s'alliait un chiffre du pouls bas, cite des cas graves où au contraire la température était tempérée et le chiffre du pouls très élevé. Il semble donc donner pour le pronostic le pas au pouls sur la température. Nous ne pouvons qu'accepter la proposition de notre distingué confrère. Quant au pouls, il n'est pas bon, d'après nous, qu'il atteigne *108*, qu'il le dépasse et surtout qu'il monte à 120. Dans les derniers jours, nous trouvons 132, 144, 160.

Dans nos cas de mort c'est exceptionnellement que nous ne notons pas au moins 108 ; nous pourrions citer 2 cas sur 36, tandis que sur 106 malades restés plus de 20 jours à l'hôpital, mais sortis guéris, un tiers seulement a présenté ce chiffre. Nous ne trouvons plus le chiffre 108 que 12 fois sur 54 malades restés de 10 à 20 jours à l'hôpital. Quant à ceux qui sont restés 10 jours au plus, nous ne trouvons que 2 cas sur 70 ayant atteint un jour ou deux 108.

Le chiffre *120* indique toujours un état très grave. On le retrouve à peu près dans tous les cas de mort. Quand il y a guérison, le séjour à l'hôpital a été assez long ; la moitié des malades est restée plus de 40 jours à l'hôpital : 73 jours, 68 — 66 — 64 — 63 — 62 — 60 — 49 — 48 — 47 — 46 — 41 — 41 — 37 — 37 — 34 — 32 — 31 — 22 — 22 — 21 — 20 — 20 — 16 — 12 — 10, sur 230 cas.

23 cas sur 106 restés 20 jours au moins à l'hôpital ont présenté le chiffre de 120; 2 sur 54 restés entre 10 et 20, 1 sur 70 restés 10 jours.

Pour la série restée au moins 20 jours, nous trouvons ; 73 jours 1 cas, 6 cas de 60 à 70, 6 de 40 à 50, 5 de 30 à 40, 5 de 20 à 30, 3 de 10 à 20.

Le pouls est donc un élément très important du pronostic, comme il l'est du diagnostic par sa forme dicrote sur laquelle M. Bouillaud a appelé l'attention. Aujourd'hui on ne prend plus que les températures, on ne compte plus le pouls. M. Caradec fils même ne nous a envoyé le tracé du pouls que dans une feuille sur 25. Le contrôle de ses affirmations nous fait défaut.

Nous sommes étonné de cette phrase de M. Lereboullet : « Il est cependant très utile de toujours noter, pour en tirer parti le jour où ces questions seront mieux connues, le nombre des pulsations d'un malade. » Nous ne pouvons donc pas encore tirer parti de l'état du pouls ! Nous sommes au contraire d'avis qu'on peut suivre les différentes phases d'une fièvre typhoïde aussi bien avec le chiffre du pouls qu'avec le chiffre de la température. Sans doute le chiffre n'est pas le même pour tous les individus à fièvre égale, mais, pour un même malade, les variations du pouls ont une importance décisive.

Il n'en est pas autrement que pour la température.

On fixe en général le début de la maladie plus facilement que nous n'avons jamais su le faire. Si on demande au malade depuis quand il se sent atteint, si on note le jour où il a cessé de travailler et celui où il s'est alité, on a presque toujours trois dates très différentes entre lesquelles il est difficile de choisir. On admet en général 6 jours d'ascension de la fièvre ; nous le voulons bien, mais, ce qui nous paraît plus exact, c'est de guetter le début de a période stationnaire. Le plus haut chiffre atteint pendant la période d'ascension ne doit plus être dépassé dans le cours de la maladie sans qu'il en résulte un danger pour le malade. S'il n'y a pas de période d'arrêt, si le pouls monte toujours, nous n'avons plus pour établir notre pronostic que le chiffre admis par nous comme chiffre de guérison possible. Il n'est pas bon que le pouls dépasse 100, atteigne 108 et surtout 120.

Y a-t-il intérêt à abaisser le chiffre du pouls par tous les moyens possibles ? M. Hallopeau s'est efforcé d'abaisser la température à l'aide du sulfate de quinine et du salicylate de soude ;

nous ne savons s'il a réussi pour le pouls dont il n'a donné aucun tracé; il a dû se limiter dans l'emploi de ces deux médicaments qui, administrés à trop hautes doses, ont eu des inconvénients. Nous n'insistons pas; nous voulions montrer dans quel discrédit est tombé l'examen du pouls.

Nous avons dit qu'il était mauvais que le pouls regagnât et surtout dépassât le chiffre le plus élevé atteint à la fin de la période d'ascension. Qu'arrive-t-il pour les accès de fièvre de la convalescence? Le pouls, la température remontent-ils aussi haut qu'au début, sans danger pour le malade? Les observations fournies par M. Caradec sous forme de simples tracés de température nous donnent les chiffres suivants. Dans aucun des cas, la température des accès de la fin n'a atteint le plus haut chiffre du début.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. . . . . . . | 40° | 38°8 | 13. . . . . . . | 40° | 39°4 |
| 2. . . . . . . | 40°5 | 39°6 | 14. . . . . . . | 40° | 38°8 |
| 3. . . . . . . | 40° | 39°4 | 15. . . . . . . | 40°4 | 39°2 |
| 4. . . . . . . | 40°5 | 38°8 | 16. . . . . . . | 39°6 | 39°4 |
| 5. . . . . . . | 39°8 | 39°5 | 17. . . . . . . | 40°4 | 39°8 |
| 6. . . . . . . | 40°3 | 39°2 | 18. . . . . . . | 39°7 | 39° |
| 7. . . . . . . | 40°5 | 39° | 19. . . . . . . | 40°2 | 39°2 |
| 8. . . . . . . | 39°9 | 39°4 | 20. . . . . . . | 40°2 | 39°2 |
| 9. . . . . . . | 39°9 | 39°2 | 21. . . . . . . | 40°2 | 39° |
| 10. . . . . . . | 40°2 | 38°6 | 22. . . . . . . | 39°6 | 38°6 |
| 11. . . . . . . | 40°5 | 39°6 | 23. . . . . . . | 40°3 | 38° |
| 12. . . . . . . | 40°3 | 40°2 | 24. . . . . . . | 40°8 | 39°6 |
| (Cas très grave et très long). | | | | | |

Dans nos observations, nous trouvons les chiffres suivants :

Gelon. P. 108. — P. 120.
Aubine. P. 84. — P. 108, puis 96.
Rouget. P. 120. — P. 108.
Démaret. P. 96. — P. 96.
Guillot. P. 96. — P. 92.

Dans deux cas, les chiffres de la fin dépassent les chiffres du début, et cependant les malades ont guéri.

M. Caradec fils signale l'extrême irrégularité des oscillations thermiques. Un soir, par exemple, la température montait à 40°; le lendemain soir, elle n'était plus qu'à 38°, et cela pendant que les autres symptômes se rattachaient à la période des oscillations ascendantes; cela serait bien en rapport avec le génie intermittent de l'épidémie.

Chez le nommé Chauvin, le maximum 40° a été atteint le troisième jour. Cette rapidité dénote une durée très longue, ou une forme rapidement mortelle. La maladie a débuté le 6 novembre et s'est prolongée avec des accidents variés jusqu'au 29 décembre (cinquante-six jours).

M. Caradec fils insiste sur le type intermittent pris par la fièvre, quand tous les symptômes se sont effacés ou amoindris, et qu'il n'existe plus qu'une esquisse légère de la maladie.

Mais ce n'est pas seulement dans la période des oscillations descendantes que M. Caradec a observé ces accès de fièvre intermittente, il les a observés aussi avec plusieurs confrères tout à fait au début de la maladie. L'un des cas les plus typiques a été celui d'un jeune officier de marine revenant des bouches du Cattaro. Il eut des accès de fièvre avec froid, chaleur et sueur. On administra 1 gramme de sulfate de quinine; il y eut apyrexie complète et, le quatrième jour, le thermomètre remonta, les symptômes se déclarèrent et le diagnostic, fièvre typhoïde, put être posé.

N'y aurait-il pas lieu, dans ce cas là, d'admettre la combinaison fièvre palustre et fièvre typhoïde, au lieu de rejeter résolûment tout élément palustre? Nous manquons de détails.

Quelle est, au fond, l'idée de M. Caradec fils et de M. Colin? C'est de combattre l'origine fécaloïde de la fièvre typhoïde, du moins dans l'épidémie qu'il nous décrit. Il évoque un miasme tellurique qui ne serait pas le miasme palustre. Mais ceux qui professent l'origine tellurique de la fièvre typhoïde n'y rattachent pas l'idée d'intermittence, puisque l'intermittence n'apparaît que dans certaines épidémies. C'est donc une tellurique spéciale, d'après M. le docteur Caradec; le sulfate de quinine ne la modifie pas. D'où vient cette intermittence qui se ferait sentir surtout à la fin, mais parfois au début même et dans le courant de la maladie? La forme rémittente existerait, plus difficile à reconnaître tant que la fièvre continue et la fièvre intermittente coexistent; puis, la fièvre continue disparaissant, la fièvre intermittente seule resterait, fièvre intermittente d'une nature spéciale, non palustre, tellurique. Pour nous,

nous ne savons pas distinguer tant d'espèces. Si, en même temps que des fièvres typhoïdes à forme intermittente, nous constatons de nombreux cas de fièvre intermittente, nous disons qu'il y a combinaison de l'élément typhoïde et de l'élément palustre.

Que ce soit M. Caradec fils ou nous qui ayons raison, votre commission vous propose, s'appuyant sur les titres, les publications nombreuses et distinguées, la parfaite honorabilité de M. Caradec fils, de l'accueillir comme candidat à une place de membre correspondant.

Ce rapport donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. FORGET, ROUGON et J. BESNIER.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. — On votera dans la prochaine séance.

M. Delasiauve présente, à ce sujet, les réflexions suivantes :

M. DELASIAUVE : Dans un passage de l'intéressante analyse qu'il vient de nous lire, M. Duroziez signale le froid comme une cause possible de la fièvre intermittente. Vers 1840, le baron Michel, dans une statistique médicale du Gros-Caillou, expose, à l'appui d'une semblable opinion, les résultats de son expérience, durant un assez long séjour dans les États-Romains. Plus explicite encore, le docteur Fourcault qui, lui aussi, a parcouru cette contrée, un ou deux ans après, révoque en doute l'absolue de la théorie des miasmes. Il pense qu'une part importante doit être attribuée à la fréquence des vicissitudes atmosphériques. C'est, en effet, aux équinoxes que règnent les épidémies, alors que, dans des lieux découverts et chargés de vapeur, les vents perpétuels apportent incessamment du trouble dans les fonctions sudatoires de la peau. La périodicité du maximum de ces courants, à certaines phases de la journée, justifierait d'ailleurs la rémittence ou l'intermittence des manifestations fébriles.

Mais, en prenant la parole, j'ai eu en vue un autre fait curieux. Il arrive que l'épilepsie complique des fièvres intermittentes et parfois semble s'y substituer. Le contraire de même s'observe. On aurait vu la fièvre intermittente suspendre, guérir même, ce qui est moins commun, les accès de mal caduc. Or, un médecin belge, M. le docteur Sélade, spéculant sur cette donnée, a conçu l'idée de l'utiliser dans la cure de certaines épilepsies. En conséquence, vers la fin d'un hiver, ayant eu à traiter deux cas invétérés de cette affection, chaque jour, pendant une heure, et par un froid intense, il fit exposer, dans une cour, les malades à demi-vêtus; transportés ensuite dans un lit bien chaud, une sueur profuse ne tardait pas à s'établir. L'épreuve, ainsi continuée une quinzaine, détermina une fièvre périodique qui mit fin aux attaques épileptiques. Quant à la fièvre, après avoir persisté quelque temps avec le type, elle s'éteignit spontanément. Chez un des sujets, l'épilepsie ne s'était pas reproduite; l'autre, la deuxième année, subit une récidive dont la reproduction fébrile triompha (*Belgique médicale*, 1844).

Aurait-on les mêmes chances, si, au lieu de laisser la fièvre s'éteindre, on coupait cette fièvre avec le sulfate de quinine? J'ai noté quelque part un exemple heureux de ce genre dont la source m'échappe. Seulement Dumas (de Montpellier) en a cité un singulier dont l'analogie milite en faveur de l'affirmative. Chez son malade, les accès coïncidaient invariablement avec des écarts de régime. Séduit par cette indication, il s'applique et il réussit à leur imprimer une allure périodique, en provoquant à dessein l'ivresse à des époques déterminées. Les crises se renouvellent d'elles-mêmes aux mêmes périodes. Le quinquina en fit justice (*Traité de l'épilepsie*, p. 376, 418).

—

*Élection.* — Il est procédé au scrutin pour l'admission de M. le docteur Marchal.

M. Marchal est nommé membre titulaire à l'unanimité des votants.

—

M. le docteur BUDIN lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un mémoire sur le diagnostic, pendant la grossesse, de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. J. Besnier, Fraigniaud et Thevenot, rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT invite la Société à nommer une commission chargée d'étudier les conditions du concours pour le prix bisannuel fondé par feu Duparcque.

Après avoir entendu les observations de M. LE PRÉSIDENT, de MM. FORGET, RELIQUET, ROUGON et CHRISTIAN, la Société décide que la commission se composera du président et du secrétaire général, membres de droit, et de cinq membres nommés au scrutin.

Il est procédé au vote : MM. J. Besnier, Forget, Larcher, Reliquet et Thevenot sont élus membres de la commission, qui est convoquée pour le 4 juin prochain.

— La séance est levée à six heures. *Le secrétaire annuel*, Dr Henri THORENS.

## FORMULAIRE

Injection hypodermique contre le prurigo. — O. Simon.

Chlorhydrate de pilocarpine . . . . . . . . 0 gr 50 centigr.
Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . 100 grammes.

Faites dissoudre. — Dans le cas de prurigo, chez l'adulte, le docteur Simon, de Breslau, pratique tous les jours une injection sous-cutanée avec un gramme de cette solution. A défaut de pilocarpine, il prescrit le sirop de jaborandi (préparé avec feuilles de jaborandi 3 parties, sucre 18 parties, eau 15 parties), à la dose de 2 ou 3 cuillerées par jour. — L'auteur affirme que les démangeaisons diminuent au bout de quelques jours, puis disparaissent complètement, mais que les récidives sont toujours à redouter. — N. G.

## COURRIER

La loi sur la pharmacie. — Il est maintenant à peu près certain que le malheureux projet de loi sur la pharmacie, dont on s'occupe depuis quelque temps, restera à jamais enseveli dans les cartons du conseil d'État. Personne ne veut plus avoir pris l'initiative de cette réglementation surannée, en opposition flagrante non-seulement avec les intérêts des pharmaciens, mais encore avec les besoins des populations.

Si, au lieu d'élaborer à huis clos un projet de réorganisation de l'exercice de la pharmacie, le conseil d'État avait eu recours aux lumières et aux avis des hommes pratiques, il se fût évité la peine de perdre à des élucubrations mort-nées un temps qu'il eût pu consacrer à des travaux plus utiles. Quoi qu'il en soit, le gouvernement aura fait acte de sagesse en refusant d'endosser la responsabilité de ces élucubrations.

La fièvre jaune. — Le ministre de la marine et des colonies vient de recevoir de M. le gouverneur de la Martinique les renseignements suivants sur la situation sanitaire de cette colonie :

*Du 22 août au 9 septembre.*

Depuis le 22 août, l'état sanitaire de la colonie s'est très notablement amélioré. Un seul malade a été atteint de fièvre jaune à Fort-de-France. Il est convalescent.

A Saint-Pierre, pas un seul cas de fièvre jaune ne s'est manifesté dans la garnison ou à bord des bâtiments de commerce. Un seul Européen, nouvellement arrivé dans la colonie, présente en ce moment une atteinte sévère de la maladie.

Les provenances de la Barbade et de Démérari sont soumises à une quarantaine à cause de la fièvre jaune qui règne avec une certaine intensité dans ces deux localités.

*Du 9 septembre au 22 septembre.*

Pendant la quinzaine qui s'est écoulée du 9 septembre au 22 septembre, l'état sanitaire de la colonie a continué de s'améliorer au point de vue de l'épidémie de fièvre jaune.

A Saint-Pierre, 5 ou 6 malades ont présenté des symptômes de la maladie, mais ce sont des cas isolés, sans beaucoup de gravité.

A Fort-de-France, un jeune enseigne de vaisseau du *Magicien* a été très légèrement touché. Nous n'avons à enregistrer qu'un seul décès, celui d'un frère de la doctrine chrétienne de la commune de Sainte-Luce.

Les provenances de la Havane où la fièvre jaune règne épidémiquement sont soumises à la quarantaine.

Le choléra. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser à M. le directeur de la santé au Havre une dépêche où nous lisons :

« Un télégramme officiel adressé d'Alexandrie à Londres annonce l'invasion du choléra parmi des pèlerins déjà réunis à la Mecque.

Je ne saurais trop insister auprès de vous sur la gravité de cette nouvelle, qui impose au service sanitaire le devoir de redoubler de zèle et de vigilance. Vous devrez vous montrer très attentif à toutes les provenances de l'Égypte et de la mer Rouge, et, le cas échéant, appliquer avec la plus grande rigueur les prescriptions règlementaires contre le choléra.

Vous voudrez bien m'adresser, *sans aucun retard*, toutes les communications qui seraient de nature à éclairer mon administration sur la marche du terrible fléau. »

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## DE L'EXTIRPATION DES ANGIOMES PULSATILES [1],

Par L.-Gustave Richelot,

Agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

(Travail lu à la Société de chirurgie, séance du 9 février 1881.)

Obs. II. — *Angiome pulsatile de la région fronto-pariétale. — Extirpation; guérison.*

P..., 27 ans, cultivateur, entre à la Pitié, le 9 décembre 1874, salle Saint-Louis, n° 12. Il vient de Besançon à Paris pour se faire débarrasser d'une tumeur qu'il porte au front depuis l'âge de 12 ans. Il aurait reçu un coup de pierre à cette époque, et peu de temps après serait apparue la tumeur. Celle-ci, d'après les renseignements du malade, demeura jusqu'à 24 ans stationnaire, et composée d'une saillie longitudinale partant de la racine du nez pour se terminer par un renflement ovoïde au niveau de l'implantation des cheveux. Nul traitement ne fut suivi pendant cette période. De 24 à 27 ans, la tumeur augmenta de volume, et à l'hôpital de Besançon fut traitée par la compression pendant 6 mois, mais sans le moindre succès. Depuis le mois de février 1874, il existe une petite ulcération qui s'est faite spontanément, ne se ferme jamais et donne du sang chaque fois qu'on la panse ou pendant les efforts. Le malade a renoncé à tout travail, et s'est décidé à venir à Paris. La santé générale est parfaite, il n'y a ni douleurs ni anémie notable.

Toute la partie supérieure de la face offre un aspect bizarre; le front est sillonné de veines énormes, et une tumeur grosse comme un œuf occupe la partie supérieure du front et empiète sur le cuir chevelu. Examinons en détail les caractères qu'elle présente, les veines qui en partent, les artères qui s'y rendent.

— La tumeur est rouge violacé; sur les téguments amincis se voit une ulcération large de 1 centimètre, qui verse un peu de sang et de pus sur les pièces du pansement. On perçoit à la vue et au toucher des battements expansifs très énergiques. La masse tout entière est molle et fluctuante; une pression prolongée réduit quelque peu son volume. Elle se continue en arrière sans démarcation précise avec le cuir chevelu, qui paraît légèrement soulevé et donne dans une certaine étendue la même sensation de mollesse et de fluctuation.

— De cette tumeur émergent deux grosses veines qui semblent s'aboucher à plein canal avec elle. La première descend vers la racine du nez, suivant le trajet de la préparate du côté droit; elle est flexueuse, violacée en quelques points, animée de battements expansifs; elle a

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 11 et 13 octobre.

# FEUILLETON

## EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ.

### VII

L'électricité et les beaux-arts. — Galvanoplastie et galvanotypie. — Météorologie et prévision du temps. — Télégraphie et appareils divers.

Au milieu de la multitude des instruments et des machines aussi ingénieuses par le mécanisme qu'étranges par leur forme, qui encombrent le palais des Champs-Elysées, les beaux-arts tiennent aussi une large place.

En effet, l'électricité étend de tous les côtés les limites de son domaine. Si, en orgueilleuse souveraine, elle aspire à devenir la reine du monde, elle prétend également embellir son royaume. Aussi puissante personne qu'attrayante charmeuse, elle prend des formes séduisantes dans ces magnifiques reproductions des chefs-d'œuvre des grands artistes. Mais quel singulier contraste dans la diversité de ses œuvres, toutes également filles d'une même mère : entre la grâce exquise de ces statues, dignes du ciseau de Jean Goujon, et le prosaïsme des machines à coudre mises en mouvement par l'électricité; entre ces superbes lions rugissants sur leur socle et ces robustes engins qui ne s'animent que par l'effort de plusieurs centaines de chevaux-vapeur; entre ces sveltes empreintes galvanoplastiques des feuillages les plus menus ou des fleurs les plus délicates et ces pièces anatomiques métallisées du docteur Oré (de Bordeaux), dont le réalisme étonne les visiteurs ! Quels étranges rapprochements dans ce

le volume du petit doigt, et ressemble tout à fait aux plus grosses varices de la saphène interne. Elle se termine de chaque côté dans les veines angulaires, également violacées et augmentées de volume. Toutes les autres veines du front, les anastomoses des frontales avec les temporales, et jusqu'aux palpébrales supérieures, participent à la dilatation; la région dans son ensemble est bosselée, variqueuse, inégalement colorée. Mais il n'y a plus rien au-dessous d'un plan qui passerait environ par le milieu du sac lacrymal; toute la partie inférieure de la face paraît saine. — La seconde veine efférente, également animée de pulsations, se détache de la partie postérieure, suit le côté gauche de la tête, et va se perdre en arrière du pavillon de l'oreille.

— Sous la peau se dessinent très nettement les artères temporales, dilatées et flexueuses, visibles depuis l'articulation temporo-maxillaire. On les voit battre avec énergie et onduler sous les téguments. Le doigt découvre facilement les occipitales et sent de leur part une forte impulsion. Celle des faciales est moins vigoureuse; celle des carotides est visible et intense.

La compression exercée sur différents points donne des résultats fort intéressants. Outre l'expansion déjà signalée, on sent se développer sous le doigt, quand on insiste légèrement, un thrill manifeste, ayant son maximum d'intensité sur la préparate, moins prononcé sur les autres dilatations veineuses du front. Si on augmente la pression sur l'une des deux grosses veines efférentes, près ou loin de la tumeur, au point d'en effacer le calibre, aussitôt tout le segment inférieur du vaisseau s'affaisse et disparaît, comme si on aspirait brusquement son contenu, et la peau reste flasque, ridée, trop large pour les parties qu'elle recouvre. En même temps la tumeur principale et le segment supérieur de la veine se gonflent davantage et battent avec plus de violence. Ces faits conduisent à chercher les voies de dérivation qui permettent aux veines efférentes de se vider instantanément. Or, si on répète l'expérience en comprimant simultanément les veines angulaires dilatées au-devant du sac lacrymal, la préparate s'affaisse presque aussi vite que tout à l'heure; si au contraire la pression est faite au-devant du masséter sur les veines faciales, qui n'offrent pas de dilatation apparente, la veine frontale diminue lentement de volume et ne disparaît qu'à la longue.

On trouve encore à la palpation, sous les veines, des sillons creusés dans l'os, dont plusieurs admettent la pulpe de l'index.

La compression des artères n'est pas moins intéressante. Si on comprime l'une des temporales ou les deux à la fois, les battements de la tumeur et des veines diminuent seulement; il en est de même quand on arrête le courant des occipitales. Mais si on applique les doigts en même temps sur les deux temporales et les deux occipitales, les pulsations deviennent nulles ou à peine perceptibles. Sur l'une des carotides primitives, diminution; sur les deux à la fois, suppression totale. Dans ce dernier cas, la tumeur et les veines sont tendues et turgescentes, parce que la pression porte en même temps sur les jugulaires internes.

Quels sont les rapports de la tumeur avec les veines diploïques et la circulation intra-crâ-

---

désordre scientifique, qui place la fidèle reproduction d'une admirable ciselure à côté d'un vulgaire appareil à allumer le feu ou d'une sonnerie électrique pour cuisine! Mais le public, dont l'électricité, par la galvanoplastie, pourrait favoriser les goûts artistiques en démocratisant l'art, si toutefois l'art pouvait réellement se démocratiser, montre son engouement plutôt pour les puissants et volumineux engins qui, sous une forme quelconque, peuvent satisfaire ses goûts ou ses besoins.

Cependant nos orfèvres peuvent, par des procédés aussi simples que parfaits, entrelacer autour des vases des guirlandes de fleurs d'une surprenante fidélité, reproduire sur des plateaux des bas-reliefs arrachés aux temples d'Herculanum ou aux chambres sépulcrales des Pyramides, ou les empreintes des monuments de la Grèce et de Rome; mais, copiste fidèle, l'électricité a les défauts de tous les copistes, elle enlève de leur netteté aux traits le plus élégamment fouillés par la ciselure; de leur animation, aux figures dans les repoussés; et de leur mouvement aux personnages si admirablement reproduits par les artistes de la Renaissance. La galvanoplastie est une sorte de momification des figures si vivantes sous le ciseau de Benvenuto Cellini et de ses émules.

Si la galvanoplastie est devenue un art dont les productions sont aussi remarquables qu'importantes, elle est aussi l'origine d'inventions pratiques non moins utiles, et dont les merveilleux progrès sont de date toute récente. En effet, il y a seulement quarante ans que Jacoby obtenait la première planche galvanoplastique, que, grâce à l'heureuse inspiration de l'*Administration des papiers d'Etat de Saint-Pétersbourg*, on peut voir dans les vitrines du Musée rétrospectif. Et n'était-ce pas par une sorte de pressentiment de l'avenir réservé à cette découverte que l'éminent inventeur avait reproduit sur cette plaque, entre les noms de Volta et de Œrsted, cette inscription qui devrait être celle de l'exposition actuelle : « Le sublime plane et protège le sublime? »

nienne? Un tube d'Esmarch étant mis autour de la tête afin d'oblitérer toutes les veines efférentes périphériques, la tumeur ne diminue qu'insensiblement de volume. Il est donc permis de supposer qu'elle n'a pas de communications très faciles avec les parties profondes. D'autre part, comme l'arrêt du courant sanguin dans les veines faciales au niveau du maxillaire inférieur empêche, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les veines frontales et temporales de s'affaisser au-dessous du doigt qui les comprime, on peut croire qu'il n'y a pas de larges voies de dérivation entre l'ophthalmique et les veines superficielles.

Le stéthoscope appliqué sur la tumeur y démontre un souffle intense, prolongé, mais discontinu; entre chaque pulsation existe un petit silence très appréciable. Même souffle intermittent à l'auscultation de la veine préparate et des artères temporales; rien d'analogue dans les occipitales.

Le malade ne présente aucun trouble fonctionnel; vision parfaite, pupilles égales, vaisseaux de l'œil intacts. Il entend un bruissement dans les oreilles quand il se couche sur le côté, de manière à comprimer l'une des temporales; autrement, rien ne le tourmente. Les battements du cœur sont forts, sans bruits anormaux.

En présence d'une affection aussi complexe, quelle peut être la conduite à tenir? Le volume de la production morbide, la difformité dont elle est cause, l'accroissement rapide qu'elle semble avoir pris depuis quelques mois, les hémorrhagies légères qui surviennent journellement et en font prévoir de plus graves, sont autant de raisons pour ne pas temporiser. D'autre part, la multiplicité des moyens de nutrition de la tumeur, le développement énorme de ses communications avec la circulation générale, font rejeter les injections coagulantes, qui, sans nul doute, seraient inefficaces ou même dangereuses. Quant aux ligatures, le seul procédé rationnel serait de jeter un fil sur les deux carotides primitives; il n'y faut pas songer. Après mûre réflexion, deux moyens restent en présence : extirper la tumeur, ou la priver de ses moyens nutritifs en l'isolant par un sillon circulaire profondément creusé jusqu'aux os. M. Verneuil trace le plan opératoire suivant : 1° après anesthésie, la bande d'Esmarch sera mise autour de la tête pour emprisonner le sang dans la tumeur; 2° celle-ci alors sera vidée par aspiration au moyen de l'appareil Dieulafoy; d'après le temps qu'elle mettra à se remplir de nouveau, on jugera de l'importance de ses communications avec les parties profondes; 3° un large fossé, creusé au galvano-cautère, cernera la masse morbide; des pinces à pression continue seront placées sur tous les points saignants; l'ablation totale suivra l'isolement s'il y a lieu.

*Opération* le 16 décembre. — La bande d'Esmarch est appliquée; aussitôt les battements deviennent inappréciables et les veines efférentes se gonflent. M. Verneuil enfonce dans la préparate l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy; la seringue est remplie d'un sang rouge, mousseux, sans que la tumeur s'affaisse; une seconde aspiration, puis une troisième faite au

---

Les procédés de Jacoby, de Saint-Pétersbourg, qui étaient simultanément découverts par Spencer (de Londres), consistaient dans l'application industrielle des phénomènes électro-chimiques de décomposition des sels métalliques par un courant galvanique et de transport du métal au pôle négatif d'une pile. Voulait-on recouvrir de cuivre, d'or ou d'argent un objet quelconque, on enduisait la surface de cet objet d'une substance conductrice et on obtenait ainsi la dorure, l'argenture ou le cuivrage de cette surface. Telles sont les feuilles d'arbres et les coquilles de noix recouvertes de cuivre, que l'on peut voir dans l'Exposition rétrospective et qui furent obtenues par Jacoby.

C'était la métallisation des substances organiques, dont on a fait depuis une heureuse application à la conservation des pièces anatomiques. Mais ces procédés, dont nos fabricants, comme on peut le constater, se servent avec tant de succès pour la dorure et l'argenture des métaux, avaient l'inconvénient pour les reproductions galvanoplastiques d'empâter les lignes et les creux et de donner aux objets un aspect disgracieux. On voulut alors remédier à ces inconvénients et obtenir des empreintes pouvant servir de moules. De là l'emploi, comme moules, de substances fusibles ou malléables, gutta-percha, soufre, stéarine, plâtre rendu imperméable par l'immersion dans un bain de cire, dont on recouvrait la surface d'un enduit conducteur, la plombagine, par exemple. Telle fut l'origine des industries toutes modernes de l'électrotypie et de la galvanotypie, procédés au moyen desquels on produit des clichés, qui permettent d'obtenir des planches gravées et des caractères d'imprimerie.

Le cuivre se trouvait ainsi substitué au bois dans la gravure et aux alliages fusibles dans l'imprimerie; mais malgré sa dureté, le cuivre était encore trop malléable. Aussi, les efforts actuels ont pour but de substituer à ce métal, le nickel, dont la ténacité et l'inoxydabilité sont supérieures à celles des autres métaux. Après l'âge du bois l'âge du cuivre, et maintenant l'âge du nickel.

centre du mal donnent le même résultat; on a retiré 135 grammes de sang. Par l'orifice que l'aiguille a créé s'échappe un jet rutilant, bientôt arrêté par une pince hémostatique; au même instant la tumeur, extrêmement distendue, se rompt au niveau de l'ulcération, et donne un flot de sang dont le chirurgien se rend maître par le même procédé.

Ainsi, malgré la compression des vaisseaux périphériques, l'évacuation de la tumeur est impossible, car les artères dilatées des os du crâne, force est bien de le reconnaître, lui fournissent du sang en abondance. Cette partie du plan opératoire ayant échoué, il est évident, par les mêmes motifs, que l'isolement simple ne suffirait pas à la guérison, car la nutrition de la tumeur est trop bien assurée par les vaisseaux profonds. Le sillon que va creuser le galvano-cautère sera donc le premier temps d'une extirpation, dont le manuel opératoire est désormais livré à l'inspiration du moment.

Une incision circulaire est tracée lentement par le couteau porté au rouge sombre, à un centimètre environ de la base de la tumeur. Le sang part en jets des deux lèvres de l'incision; à mesure que le couteau progresse, on applique des pinces à pression continue. Chaque fois qu'on approche d'une grosse veine, on fait à droite et à gauche du vaisseau une ponction profonde, et on passe péniblement au-dessous de lui, peut-être à travers ses parois, une sonde cannelée qui sert à glisser un stylet muni d'un fil. Ayant répété deux fois la même manœuvre, on cherche à couper la veine entre les deux ligatures; mais les fils sont trop rapprochés ou les vaisseaux mal étreints, un flot de sang jaillit sous le couteau, plusieurs pinces viennent à bout de l'arrêter.

Il faut creuser davantage pour achever l'isolement. La manœuvre que nous avons décrite, ponction et contre-ponction au galvano-cautère, stylet muni d'un fil et glissé sur la sonde cannelée, permet d'étreindre les tissus en plusieurs points, et de faire ainsi l'hémostase sur toute la lèvre inférieure de l'incision. C'est maintenant la lèvre supérieure qui donne du sang par jets multiples à mesure qu'on sépare la tumeur des parties voisines; des pinces sont encore appliquées en grand nombre. Enfin la tumeur ne tient plus que par le milieu de sa base. On la détache rapidement du crâne pour terminer l'extirpation. A ce moment trois ou quatre jets rutilants s'élèvent de la voûte osseuse à 30 ou 40 centimètres; impossible de placer des pinces sur les orifices des vaisseaux crâniens dilatés; tout le champ opératoire est largement couvert de sang. La compression digitale aussitôt exercée par les aides permet au chirurgien d'abattre en quelques instants les dernières adhérences de la tumeur; il reste une vaste surface de la voûte crânienne dénudée, sur laquelle le fer rouge est appliqué sans que l'hémorrhagie s'arrête. Des rondelles d'amadou maintenues avec les doigts triomphent enfin de l'écoulement, et l'opération est terminée.

Quatorze pinces à pression continue sont laissées à demeure sur la lèvre inférieure de l'incision, et maintenues par de petits tampons de charpie humide qui les empêchent de tirailler la plaie. Celle-ci est couverte de compresses de gaze imbibées d'une solution phéniquée au centième, sur lesquelles on fera toutes les deux heures une pulvérisation de quelques minutes

---

Ces efforts, couronnés d'ailleurs de succès, auront sans doute une importance considérable, quoique indirecte, pour le développement des sciences, dont le livre est l'instrument le plus indispensable, et aussi pour nous autres médecins, qui sommes presque tous, sinon tous, par profession et par goût, d'acharnés lecteurs ou pour mieux dire des *liseurs obstinés*. Avec une même planche, on obtient par le nickelage des clichés pouvant servir à un tirage dix fois plus considérable, sans augmentation notable du prix du travail. On pourrait donc dire aux éditeurs toujours enclins à se plaindre de la consommation relativement faible de livres ce que, d'après un de nos plus spirituels chroniqueurs, Emile de Girardin répondait à Balzac qui se plaignait de la disette de lecteurs : « Mais pourquoi votre industrie est-elle précaire? Parce que vous vendez vos livres trop cher. » — Nous sommes loin des modestes caractères de bois sculptés qui sous les presses de Guttemberg servaient à peine au tirage de quelques volumes!

Et cette même force électro-dynamique, qui est l'origine des procédés de la galvanoplastie, devient dans une autre industrie électro-chimique toute récente, dans l'électrolytie, le moyen d'extraire des minerais les plus pauvres, de l'or, de l'argent et du cuivre d'une pureté presque absolue. C'est ainsi que, dans la section allemande, on peut admirer les résultats de l'emploi industriel de cette méthode dans les usines d'une société allemande de Hambourg. Un jour peut-être, l'Océan lui-même, qui, d'après les recherches d'un chimiste éminent, M. Malaguti, tient en dissolution des métaux précieux, sera sans doute exploité comme une mine d'or et d'argent. Le sein d'Amphitrite deviendra peut-être un nouveau trésor de Crésus.

Dans ce même ordre d'idées, on peut encore admirer dans l'élégant pavillon de la section italienne la reproduction en relief par des procédés galvanoplastiques des contrées qui environnent l'Etna et le Vésuve; cratères volcaniques, coulées de lave, déchirures, érosions, ravins, ruines des villages engloutis, routes et sentiers sont reproduits avec une fidélité et une

avec le même liquide. — Le malade a bien supporté l'opération ; malgré la grande perte de sang qu'il a subie, il n'a aucune tendance à la syncope.

Le 20 décembre, on enlève une pince et les premières rondelles d'amadou, qui commencent à donner de l'odeur. La température, qui n'a pas dépassé 37°5 depuis l'opération, monte le soir même à 39°8. Pulvérisations phéniquées toutes les deux heures; 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 23 et le 24 décembre, huit pinces ont été enlevées, l'état général est excellent. Les dernières pinces tombent le 25. Le 26, la plaie commence à suppurer abondamment; légère élévation de la température (38°3).

Le 13 janvier, l'os est complètement recouvert de bourgeons charnus, qui sont de niveau avec ceux des parties molles. Aucune trace d'exfoliation osseuse. A la fin du même mois, une cicatrice solide recouvre entièrement la perte de substance. Les artères afférentes ont singulièrement diminué de volume; les temporales sont à peine visibles sous les téguments; leurs battements, beaucoup moins prononcés, ne peuvent être perçus qu'avec le doigt. Les pulsations des occipitales, celles des carotides primitives sont aussi très atténuées. Le malade retourne à Besançon entièrement guéri.

Je n'insisterai pas sur tous les détails intéressants contenus dans cette observation, et dont chacun mériterait de m'arrêter. On a pu remarquer l'importance des dilatations veineuses, qui sont très rarement aussi développées dans les faits de ce genre, et dont la présence attire l'attention sur une question de pathogénie très discutée, celle des rapports de l'angiome cirsoïde avec l'anévrysme artério-veineux. Il est à regretter que nul examen anatomique ne vienne éclairer ce point délicat, et servir de complément à l'exposé clinique. Je ne dis rien de quelques symptômes très étudiés par les auteurs, ni du phénomène important qui a suivi l'opération et qu'on a depuis longtemps observé, à savoir le retrait des vaisseaux afférents après la disparition de la tumeur. Je me suis proposé avant tout de mettre en évidence le traitement, de décrire avec soin le plan adopté par M. Verneuil dans un cas difficile, et les modifications que ce plan a dû subir au cours d'une opération très laborieuse.

Le fait me semble assez éloquent par lui-même, et suffit à démontrer que l'ablation des angiomes pulsatiles peut être suivie de succès dans des conditions où beaucoup de chirurgiens oseraient à peine la tenter. C'est précisément ce que j'ai voulu dire. Je n'ai pas d'ailleurs la prétention d'avoir traité toutes les questions relatives à l'extirpation des angiomes, et je me suis notamment abstenu d'étudier en détail les divers procédés. Il y a certainement des cas où les vaisseaux périphé-

---

netteté qui frappent la vue et l'esprit. Cette application de la galvanoplastie à l'enseignement de la géographie physique est une véritable révolution dans la cartographie. Mais ce n'est pas la seule dont la physique terrestre soit redevable à cette fée si bienfaisante et si féconde en prodiges.

C'est ainsi que la prévision du temps, qui permet d'étudier les mouvements de l'atmosphère et d'en prédire la marche, n'est évidemment possible qu'avec le concours même de l'électricité, c'est-à-dire de cet agent immatériel, qui peut sur ses ailes rapides faire circuler presque instantanément la pensée et la volonté humaines d'une extrémité à l'autre du globe terrestre. Et, chose bizarre, cet agent qui, sous forme d'électricité atmosphérique, produit les perturbations des orages et des cyclones, est celui-là même que l'homme a mis à son service pour avertir de l'approche de ces redoutables phénomènes et pour enregistrer leur marche au moyen de barographes, des thermographes et des inscripteurs électriques.

M. Teisserenc de Bort, un de nos jeunes météorologistes les plus éminents, a pris l'étude de ces phénomènes pour sujet d'une intéressante conférence. En effet, l'Exposition d'électricité est riche en instruments de ce genre, et cette richesse est une preuve de l'importance et du développement des applications de la météorologie dans les diverses contrées de l'Europe et de l'Amérique.

Parmi ces instruments, il en est qui non-seulement inscrivent les phénomènes, mais même en gravent les indications et les tracés. Tel est, par exemple, l'appareil de M. Van Rysselberghe, qui, placé dans un poste central, et quel que soit l'éloignement des observatoires secondaires, peut inscrire directement les phénomènes sur une plaque, qui doit servir de planche typographique.

Il y a loin de ce système d'observation encore incomplet, puisqu'il ne s'étend encore qu'à

riques modérément développés se laissent oblitérer par l'écraseur linéaire, et permettent de faire une opération peu sanglante; je n'hésiterai pas alors à préférer la section mousse à la section thermique. Le bistouri, aidé par les pinces à pression continue, n'en reste pas moins, si je ne me trompe, l'instrument à tout faire, le plus commode à manier, le plus précis dans son action, celui qui laisse le mieux les mains libres pour l'hémostase. Ne pourra-t-on pas, chez la plupart des malades, après avoir tracé une première incision superficielle, attaquer successivement les gros vaisseaux, sectionner et pincer chacun d'eux, prendre au besoin les tissus dans des pinces à longs mors qui fassent rapidement une hémostase provisoire sur toute la circonférence, détacher la tumeur, puis remplacer les pinces par des fils de catgut ou par des fils de soie? Ne pourra-t-on pas encore, si la région et la forme du mal s'y prêtent, saisir l'angiome avec la main ou de fortes pinces de Museux, et l'amputer hardiment, presque d'un seul coup, avec un long bistouri, tandis qu'un aide y substitue rapidement une ou plusieurs éponges et couvre la surface saignante? J'ai pensé à ce dernier procédé chez la malade que j'ai eue entre les mains; je ne dis pas qu'il eût été meilleur, mais à coup sûr il eût été possible.

En résumé, l'extirpation réussit dans les cas graves, où le perchlorure de fer n'entre même pas en ligne de compte. Elle est bonne *à fortiori* dans les cas relativement simples, où l'hémorrhagie est moins à craindre, où l'opération radicale tranche le mal à peu de frais et amène une prompte guérison, où au contraire les injections traînent en longueur, échouent quelquefois, laissent la porte ouverte aux récidives, parfois même produisent des accidents redoutables et sur lesquels nous n'avons aucune prise. De telle façon qu'elle est, ou la seule ressource, ou un moyen plus commode et plus efficace que les autres. J'ai donc pu dire sans rien exagérer, en faisant d'ailleurs toutes les réserves qu'on voudra pour les cas particuliers, que des méthodes qu'on a vantées pour la guérison des angiomes pulsatiles, l'extirpation est la première par ordre de mérite.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Hystérie consécutive à la morsure d'un chien; névrite du cubital; contracture permanente de l'annulaire*, par M. H. Mollière, médecin des hôpitaux de Lyon. — La malade, jeune fille de 15 ans, bien réglée, ne possédant aucun antécédent névropathique héréditaire ou acquis, a été admise à l'Hôtel-Dieu pour une morsure à la main droite, par un chien qui

---

une partie du globe terrestre, au modeste cerf-volant de Franklin, qui fut la première expérience sur l'électricité atmosphérique. Et cependant c'est le génie de ce savant qui, en soutirant l'électricité aux nuages, fut le véritable précurseur de ces découvertes. En nous enseignant à dompter cette force au moyen de la tresse de soie qui servait de conducteur à son modeste appareil, et en découvrant le paratonnerre, il ouvrait une voie nouvelle pour l'étude des phénomènes cosmiques. Pour nous autres, médecins, sans scruter l'âge d'or, où écrivait le père de la médecine et sans remonter jusqu'à Hippocrate, nous pouvons apprécier l'importance de ces phénomènes météorologiques dans l'évolution des maladies. C'est ainsi que dans cette œuvre de longue haleine dont le docteur Besnier a été l'initiateur dans notre pays, et à laquelle, dans l'histoire de la médecine, son nom restera attaché, l'étude des maladies régnantes n'a pu être fructueusement entreprise qu'avec l'aide des documents quotidiens fournis par la météorologie. Ainsi donc, dans le concours de sciences qui lui sont, en apparence, les plus étrangères, l'art médical peut, à un moment donné, trouver de précieux auxiliaires.

Enfin il est utile de ne pas l'oublier, c'est un savant français, Gilbert Romme, qui, le premier, proposa, dans un rapport à la Convention sur le télégraphe aérien de Chappe, d'employer la télégraphie pour la prévision de l'arrivée des tempêtes, et, au moyen d'un système d'avertissements d'en informer les agriculteurs et les marins. Assurément le projet était prématuré, puisque la télégraphie électrique aérienne et sous-marine pouvait seule en permettre l'exécution pratique.

Aussi docile qu'agile et fidèle, cette électricité, en apparence si indomptable, devait plus tard se faire bonne fille, se laisser emmagasiner dans le bocal d'une pile, obéir aux instruments les plus divers, commutateurs et bornes de serrage, et se mettant au service de l'homme, parcourir le ruban de métal des câbles sous-marins et les minces fils des télégraphes aériens.

n'a jamais présenté de symptômes d'hydrophobie. L'annulaire de cette main, dès le premier jour, s'est mis en flexion, et cette flexion a été permanente depuis cette époque. Le membre supérieur droit est agité d'oscillations rhythmiques, continuelles, excepté pendant le sommeil et quand la main est dans le repos. Ces tremblements se sont montrés huit jours après l'accident.

Depuis cette époque, la malade, qui a été vivement effrayée, est toujours très impressionnable. La sensibilité cutanée du membre blessé est diminuée, surtout au niveau du bord cubital et de la face dorsale de la main. De plus, dans diverses régions du corps, il existe des plaques d'anesthésie complète, autour desquelles la sensibilité est intacte.

L'état nerveux de la malade est caractérisé par une extrême surexcitation, des spasmes, des vapeurs, des phénomènes d'irritation spinale qu'on détermine par la palpation du rachis. Ces phénomènes se manifestent par crises analogues à des crises hystériques. Pendant l'une d'elles on peut pratiquer avec succès le redressement momentané des doigts contracturés. Sous l'influence d'injections hypodermiques de sulfate d'atropine les accidents diminuèrent.

Cette observation remarquable est certainement un cas d'hystérie, et la mise en jeu de cet état nerveux a été le résultat de l'ébranlement causé soit par l'émotion consécutive à l'accident ou soit par un traumatisme et une névrite du nerf cubital. Quelle serait l'origine de la contracture? Pour l'auteur, elle serait due à la névrite, parce qu'elle ne possède pas le caractère des contractures hystériques qui sont toujours tardives et intermittentes. (*Lyon médical*, p. 458, 31 juillet 1881). — Ch. E.

*Dyspnée nerveuse dans un cas d'atrophie granuleuse du rein*, par le docteur W. Draper. — Chez un malade entré à New-York Hospital, dans le service du docteur Draper, l'examen de la poitrine par l'auscultation et la percussion ne faisait reconnaître aucun signe d'œdème, ni de congestion pulmonaire. Cependant la dyspnée était extrême et augmentait pendant la nuit. N'étant pas en rapport avec l'absence de lésions anatomiques des voies aériennes, elle ne pouvait être que le résultat d'un trouble fonctionnel de l'innervation. Ces phénomènes morbides coexistaient avec une affection chronique du rein, caractérisée par l'abondance des urines qui étaient plus ou moins albumineuses. Il n'existait pas d'œdème.

L'anémie était sans doute la cause de la dyspnée, qu'on pouvait attribuer à une affection des centres respiratoires ou à un simple trouble fonctionnel. L'emploi de l'opium et surtout de la morphine par la méthode hypodermique est le moyen le plus efficace de combattre les troubles respiratoires de cette nature. (*The Med. Record*, july 16, 1881.)

L'origine de cette dyspnée et l'efficacité de la méthode des injections hypodermiques de morphine, ont été mis en évidence, au point de vue clinique, par le docteur Huchard. L'action eupnéique de la morphine a été établie par notre distingué maître, dans un travail qu'on ne saurait trop citer et qui a été publié dans l'*Union médicale*, de 1878. — Ch. E.

---

Et aujourd'hui, dans ce palais, qui est le temple de l'électricité, le nombre de ces appareils qui servent à la diriger est tellement multiplié, qu'on ne saurait ce qu'il faut admirer le plus, de l'électricité si soumise à nos caprices ou de l'homme dont le génie a su vaincre cette force indomptable. Ce sont, en effet, de bien curieuses inventions que ces télégraphes quadruplex d'Edison, qui permettent de transmettre simultanément quatre dépêches sur un même fil; que cet autre système télégraphique autographique au moyen duquel le même inventeur reproduit une lettre, un manuscrit ou un dessin, dans l'espace de quelques minutes.

C'est encore un remarquable instrument que l'électro-motographe, œuvre ingénieuse de l'éminent savant de Manloo-Park, et sans doute point de départ d'un nouveau système de télégraphie, consistant dans un cylindre de chaux en contact avec une lame de platine, et pouvant enregistrer les vibrations les plus faibles d'un courant.

A côté de ces instruments nouveaux, l'Administration française des postes et télégraphes, dans un pavillon qui est certainement digne de la France, a pris soin de réunir tous les instruments employés sur le réseau télégraphique national. Enfin, idée assurément ingénieuse, qui permet d'étudier l'histoire des appareils télégraphiques, dans son exposition rétrospective, l'Administration télégraphique anglaise a réuni une série d'instruments avec lesquels on peut suivre les progrès de cette branche de l'électricité, depuis le télégraphe à deux cadrans de Ronalds, construit en 1816, jusqu'aux derniers appareils automatiques de Wheastone, transmettant 170 mots à la minute, et aux *parleurs* à membranes métalliques destinées à convertir un télégraphe optique en télégraphe acoustique. Au milieu de cette multitude d'instruments télégraphiques, c'est aux ingénieurs à prononcer sur les mérites respectifs de chacun d'entre eux. Néanmoins, il est encore un système qui conserve pour ainsi dire la marque d'invention de l'auteur des premiers télégraphes. Ce sont les signaux sémaphoriques des cnemins de

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Orchite blennorrhagique suivie d'atrophie du testicule. — Hypertrophie énorme des mamelles pendant la grossesse. — Ablation d'un corps étranger pédiculé du genou. — Polype vésiculaire vasculaire de l'urèthre, chez une petite fille de 8 ans, simulant une métrorrhagie. — De quelques accidents tardifs de la coxalgie simulant une rechute de cette maladie.

M. Nicaise présente une observation adressée par M. le docteur Resseguier (de Toulon) et relative à un cas d'atrophie rapide du testicule chez un jeune homme de vingt ans, à la suite d'une orchite blennorrhagique. Le testicule malade était déjà le siège d'un varicocèle.

M. Monod fait remarquer que c'est là un fait très exceptionnel, et se demande s'il ne s'agit pas d'une épididymite plutôt que d'une orchite véritable.

— M. Monod met sous les yeux de ses collègues la photographie de la femme à l'hypertrophie des mamelles, qu'il a présentée à la séance qui a précédé les vacances, c'est-à-dire le 10 août dernier. Cette femme était alors enceinte de quatre mois, et offrait les signes d'un certain état cachectique. M. Monod pensait à provoquer chez elle l'avortement. D'après l'avis de M. Desprès, la succion des seins a été essayée dans le but de diminuer leur volume, mais le résultat a été médiocre. Cette femme est aujourd'hui assez bien portante et préfère attendre le terme naturel de sa grossesse que de subir une opération quelconque.

M. Guéniot pense qu'il faut rapprocher ce cas de ceux de galactorrhée qui ont été observés chez les nourrices et qui amènent le dépérissement des sujets. Un médecin de Bordeaux a proposé d'administrer, dans ces cas, l'iodure de potassium à la dose de 55 à 65 centigrammes par jour. Il se fait par la glande une élimination de l'iodure, qui a pour effet d'en amener l'atrophie. On pourrait également, dans ce but, employer la compression méthodique.

M. Desprès dit qu'il a connaissance de deux cas semblables dans lesquels l'iodure de potassium a été donné sans apporter le moindre changement dans l'état des malades.

M. Monod répond à M. Guéniot que la compression serait de difficile application chez sa malade. Il faudrait savoir, d'ailleurs, s'il s'agit ici d'une hypertrophie de la glande mammaire ou d'une simple galactorrhée, ce qui est encore à déterminer.

M. Monod a observé récemment dans le service d'un de ses collègues un cas identiquement semblable au sien. Les deux cas ne sont pas sans offrir quelque ressemblance avec l'éléphantiasis des membres.

---

fer. Comparables aux bras gigantesques d'un Titan, ils obéissent à l'électricité qui les fait mouvoir, s'animent de mouvements étranges, s'abaissent, se relèvent pour ouvrir ou fermer le passage aux trains de chemins de fer, et, génies tutélaires, sont chargés de la protection de milliers de vies humaines, qu'ils protègent d'ailleurs fort mal quelquefois.

Eh bien, cette télégraphie qui met en relation les villes et les habitants du monde entier, qui permet de signaler les tempêtes, de faire connaître à chaque instant jusqu'à la marche d'un train de chemin de fer en mouvement et de correspondre avec lui ; cette télégraphie, qui est le précieux auxiliaire de l'astronomie et de la physique céleste, a déjà rendu des services non moins grands aux sciences biologiques. Elle a été l'origine des appareils électriques enregistreurs. De plus, elle a permis plus d'une fois aux physiologistes de se mettre en relation avec leurs élèves ou leurs confrères, et de concerter leurs expériences. C'est ainsi que, dernièrement encore, un illustre professeur d'un grand établissement d'instruction publique, en villégiature dans le midi de la France, traçait télégraphiquement à ses élèves le plan de recherches dont les résultats leur étaient indispensables à connaître pour une conférence qu'il devait faire le même jour, et recevait quelques heures après les conclusions de ces expériences faites à Paris. Singulière destinée de l'électricité : elle intervient même dans l'élevage du poulet ! On peut voir dans les galeries de l'Exposition des poussins éclos dans des incubateurs munis de régulateurs électriques de température. Aux poulets à la Marengo, un moderne Brillat-Savarin substituera bientôt sans doute dans ses menus, les poulets à l'électricité !

En présence de tels résultats, on pourrait presque se demander si la science de l'avenir nous tient encore en réserve d'autres merveilles. Déjà maintenant les colonnes de ce journal ne suffisent pas pour énumérer les prodiges et les applications de la science électrique, machines à graver, contrôleurs d'alarme, presses à duplicata, horlogerie électrique, etc., jusqu'aux véloci-

M. VERNEUIL serait d'autant plus porté à admettre l'analogie que vient de signaler M. Monod entre cette hypertrophie des mamelles et l'éléphantiasis que, dans les pays chauds, dans le Brésil, par exemple, les médecins ont constaté le développement de l'éléphantiasis plus particulièrement sur les cuisses, le scrotum et les mamelles.

— M. MONOD communique un cas d'ablation de corps étranger pédiculé du genou, analogue à celui dont M. Pozzi a donné la relation dans la séance du 10 août dernier. L'opération a été pratiquée à ciel ouvert en se conformant absolument aux préceptes de la méthode listérienne, sans oublier le drainage; elle a été suivie d'un succès complet, et le malade, au bout de quinze jours, avait recouvré la liberté complète de son articulation.

M. LE DENTU a revu le malade opéré par M. Pozzi; son collègue n'avait pu suivre jusqu'au bout les résultats de l'opération. Le malade, qui était sorti de l'hôpital avant sa guérison complète, est rentré dans le service de M. Le Dentu avec une raideur articulaire très prononcée.

M. NICAISE, contrairement à l'opinion émise par M. Monod, dit que la règle, dans les opérations d'extraction de corps étranger du genou, est de ne pas mettre de tube à drainage et de faire la suture complète de la plaie. Quand on ne touche pas à l'intérieur de l'articulation, il faut faire la réunion par première intention. Lorsque, au contraire, l'arthrotomie est pratiquée dans un cas d'arthrite, il faut toujours placer un tube à drainage.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit que le drainage est utile dans un certain nombre de cas d'ablation de corps étrangers articulaires, mais à la condition de ne pas laisser trop longtemps le tube dans la plaie.

M. MONOD dit qu'il a pratiqué deux fois l'extraction d'un corps étranger articulaire; dans les deux cas, il a employé le drainage, et les malades ont parfaitement guéri.

M. VERNEUIL, dans les opérations d'extraction de corps étranger qu'il a l'occasion de pratiquer, laisse la plaie ouverte et n'emploie pas le drainage. Il place sur la plaie une compresse phéniquée et fait le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, qu'il laisse en place pendant un temps plus ou moins long. Dans un cas, il a enlevé le pansement au vingtième jour; dans un autre, au dix-huitième, et il a constaté que les plaies étaient complètement cicatrisées et, d'après les apparences, depuis bon nombre de jours.

— M. DESPRÈS communique un fait rare qu'il a eu récemment occasion d'observer. On lui amena une petite fille de 8 ans qui avait des écoulements irréguliers et peu abondants de sang par la vulve. En l'examinant, M. Desprès constata l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noisette, située en avant de la membrane hymen et implantée sur le bord de l'ouverture de l'urèthre.

A l'aide d'une pince à griffe, M. Desprès saisit la tumeur, puis, au moyen d'un serre-nœud fait avec une sonde cannelée et un fil d'argent, il la détacha complètement. Elle était

---

pèdes à moteur électrique et aux machines à voter pour les assemblées politiques. Faire intervenir la force électro-dynamique jusque dans nos discussions politiques, enregistrer automatiquement les votes, ces manifestations de la conscience humaine, voilà un comble assurément. Nous avons déjà des clowns et des prestidigitateurs politiques, nous aurons aussi des électriciens politiques.

C'est que, agent universel, l'électricité, comme la lumière ou la chaleur, pénètre partout. Messagère du progrès, elle devance ses aînées dans l'histoire des découvertes du génie humain, jusque dans les contrées les plus lointaines de l'Orient. Déjà la lumière électrique illumine même de ses feux féériques les jardins du roi de Siam et les temples fameux qui servent d'écurie aux Éléphants blancs. Certes les imaginations avides d'allégories verront dans ce fait l'image du progrès en contact avec la superstition qu'il doit éclairer et l'ignorance qu'il doit vaincre. Sans remonter aux calendes grecques et au morceau d'ambre dont le frottement attirait les corps légers au grand étonnement de Thalès de Milet; depuis l'époque relativement récente où écrivait Buffon, quelles étapes la science humaine n'a-t-elle pas parcourues? La domestication du cheval, que ce grand naturaliste appelait « la plus belle conquête de l'homme », est depuis longtemps déjà dépassée de bien loin. L'art lui-même, dans ses formes les plus parfaites, obéit à des lois nouvelles. Les grands fauves au poil lustré, panthères et lions, qui immobiles et accroupis sur leur socle surveillent l'entrée de l'Exposition, et ces sphinx de cuivre, dont les regards étonnés fixent les salamandres aux reflets métalliques qu'elles doivent au courant électrique, ne sont-ils pas les emblèmes de la science moderne, toute puissante, quoique encore entourée d'énigmes et de mystères? Ces Vénus elles-mêmes qui, malgré leur peau de bronze, n'ont rien, croyez-le bien, de la Vénus hottentote, et qui éclairent leurs grâces à la lueur des lampes électriques qu'elles supportent, ne sont-elles pas

constituée par un kyste contenant une certaine quantité de sang noirâtre. Il s'agit, suivant M. Desprès, d'un polype de l'urèthre, genre de tumeur rarement observée en France, mais sur lequel Giraldès avait appelé l'attention d'après les faits qu'il avait extraits des recueils de la chirurgie étrangère, particulièrement de la chirurgie anglaise.

M. Desprès donne à cette tumeur le nom de polype vésiculaire vasculaire de l'urèthre. Ce genre de tumeur ne serait peut-être pas sans relation avec ce que M. le professeur Richet a décrit sous le nom de varices de l'orifice de l'urèthre.

Les résultats de l'opération ont été très simples, et la petite plaie est aujourd'hui complètement cicatrisée.

M. Guéniot demande à M. Desprès pourquoi il a cru devoir employer un serre-nœud, puisque la tumeur était implantée sur le méat. N'était-il pas plus simple de prendre un fil et d'opérer à ciel ouvert?

M. Desprès répond qu'un fil aurait pu glisser; c'est pourquoi il s'est servi d'un serre-nœud.

M. Amédée Forget dit qu'il n'y a, dans le cas de M. Desprès, rien qui diffère de ce que l'on a souvent l'occasion d'observer chez la femme. Le processus pathologique est le même. Tout l'intérêt de cette observation réside dans le jeune âge de la petite malade.

— M. Verneuil appelle l'attention sur certains accidents tardifs de la coxalgie après guérison apparente de cette maladie, accidents qui sont de nature à donner le change et à faire croire à une récidive qui n'existe réellement pas.

Les considérations que M. Verneuil se propose de présenter lui ont été suggérées par l'observation d'une petite fille de 10 ans, à laquelle M. Verneuil a été appelé à donner des soins conjointement avec M. le docteur Leudet (de Rouen).

Cette petite fille, douée d'une bonne constitution, n'offrant aucun signe de diathèse scrofuleuse, avait une coxalgie à forme assez bénigne, appartenant à cette variété que l'on a désignée sous le nom de coxalgie *rhumatismale*. M. Verneuil porta un pronostic favorable, conseilla l'usage, longtemps continué, de la gouttière de Bonnet, puis l'appareil de Bouvier pour la dernière phase de la maladie.

Au bout de quinze mois, M. Verneuil crut pouvoir considérer la malade comme guérie. Le membre avait repris sa longueur normale; il n'y avait plus de claudication, plus d'attitude vicieuse ni d'ensellure.

Six mois après l'annonce de la guérison, l'enfant se remit à boiter un peu; on pouvait constater un léger degré de flexion de la cuisse; puis la difformité se reproduisit avec l'ensellure caractéristique, qui devint bientôt considérable surtout pendant la marche. Cependant, l'articulation de la hanche était tout à fait indolente, soit que l'on imprimât un choc sur le talon, ou sur le grand trochanter. Seule, l'attitude vicieuse s'était reproduite, sans être provoquée par le moindre travail inflammatoire de l'articulation.

---

pour ainsi dire la personnification de l'électricité, cette déesse de bronze et d'acier, si gracieuse et si éblouissante dans ses superbes manifestations?

D^r Ch. Eloy.

Dans un prochain numéro, l'Union Médicale rendra compte des séances du Congrès des électriciens au point de vue des questions qui intéressent l'électro-physiologie et l'électrothérapie.

---

### Liniment contre la gale. — Frissard.

| | |
|---|---|
| Acide phénique cristallisé . . . . . . . . | 3 grammes. |
| Huile d'olives . . . . . . . . . . . . . . . | 300 — |

Faites dissoudre. — On frictionne avec ce liniment les sujets atteints de la gale, et deux frictions suffisent ordinairement pour les en débarrasser. Il est inutile de recourir préalablement aux onctions de savon noir et aux bains. — N. G.

### Potion créosotée. — Ebers.

| | |
|---|---|
| Créosote . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 à 4 gouttes. |
| Mucilage de gomme . . . . . . . . . . . | 50 grammes. |
| Émulsion de pavot blanc. . . . . . . . . | 150 — |
| Sucre en poudre. . . . . . . . . . . . . | 4 — |

F. s. a. une potion, dont on donnera une cuillerée à soupe, toutes les deux heures, aux personnes atteintes de bronchite ou de phthisie pulmonaire. — N. G.

Le raccourcissement du membre faisant des progrès de plus en plus marqués, on ramena l'enfant à M. Verneuil qui, en l'examinant attentivement, découvrit que l'attitude vicieuse était due à la paralysie pure et simple des muscles fessiers combinée avec l'action persistante du muscle psoas iliaque et des autres muscles de la cuisse.

La malade fut endormie par le chloroforme; l'attitude vicieuse fut corrigée avec facilité et le membre maintenu pendant un mois dans un appareil inamovible, après quoi on dut pratiquer la faradisation prolongée des muscles de la fesse. . . . . .

M. Verneuil voit dans la paralysie des muscles fessiers et la continuation de l'action des muscles antagonistes la cause de la reproduction de la difformité dans les coxalgies, en l'absence de tout processus inflammatoire nouveau. Là encore est, suivant lui, l'explication de la transformation de la première période de la coxalgie dans la seconde.

Dans la première période, l'inflammation articulaire se propage aux muscles immédiatement en rapport avec la capsule. La contracture des muscles fessiers profonds en arrière et du psoas en avant, donne lieu à l'abduction avec allongement, abaissement et rotation en dehors, avec un léger degré de flexion.

Au bout d'un certain temps, les muscles primitivement enflammés s'atrophient; l'inflammation atteint alors la couche des muscles superficiels, en particulier des adducteurs de la cuisse; à l'abduction du membre succède alors l'adduction et la rotation en dedans, en même temps que la flexion s'exagère. La deuxième période commence.

La conséquence pratique de ces considérations est qu'on ne saurait interroger de trop bonne heure l'action musculaire dans la coxalgie et recourir trop tôt à la faradisation des muscles paralysés, une fois que l'on s'est rendu maître du processus inflammatoire.

Sur la demande de M. Verneuil, la discussion de sa communication est remise à la prochaine séance.

— M. le docteur Guermonprès (de Fives-Lille) donne lecture d'une note sur certaines complications tardives observées à la suite des grands traumatismes causés par les accidents de chemins de fer.

D^r A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## Faculté de médecine de Paris

(Année scolaire 1881-1882).

Suite et fin. — (Voir l'Union Médicale des 13 et 15 octobre.)

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES.

*Première année :* Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle, travaux pratiques obligatoires de chimie, physique et histoire naturelle.

*Deuxième année :* Anatomie, histologie, dissections : travaux pratiques d'anatomie, d'histologie et de physiologie.

*Troisième année :* Anatomie, histologie, dissections, médecine opératoire, opérations et appareils. Pathologie interne et pathologie externe, clinique médicale et chirurgicale. Travaux pratiques d'anatomie, d'histologie et de physiologie. Stage hospitalier.

*Quatrième année :* Pathologie interne et pathologie externe. Pathologie générale, médecine opératoire. Cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. Cliniques spéciales. Travaux pratiques de médecine opératoire. Stage hospitalier.

Les inscriptions seront reçues à partir du lundi 17 octobre 1881 pour les élèves nouveaux et pour les étudiants de première et de seconde année qui ne sont point astreints au stage hospitalier. Pour tous les autres élèves les inscriptions seront reçues du 3 au 17 novembre inclusivement, les lundis, mardis, mercredis et jeudis de une heure à quatre heures.

Les élèves qui commenceront leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat : 1° leur acte de naissance dûment légalisé; 2° un certificat de bonne vie et mœurs; 3° le diplôme de bachelier ès lettres; 4° le diplôme de bachelier ès sciences *restreint* ou *complet*; 5° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier

ès sciences ou celui de bachelier ès lettres; mais ils devront justifier du certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

---

**Vaseline antiseptique. — Périer.**

| | | |
|---|---|---|
| Essence de Wintergreen . . . . . . . . . | 1 | gramme. |
| Vaseline . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 100 | — |

Mêlez. — Cette pommade est recommandée pour graisser les sondes et le spéculum, pour enduire les doigts avant de pratiquer le toucher. — On peut, dans le même but, associer la vaseline à l'acide borique ou à l'acide phénique. — Enfin on peut recourir à une solution d'essence de Wintergreen, pour laver les plaies et faire les pansements simples. — N. G.

## COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

---

Faculté de médecine de Paris. — *Année scolaire* 1881-1882. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront à l'École pratique d'anatomie, rue Vauquelin, n° 2, le jeudi 20 octobre prochain.

Tous les élèves de seconde année qui n'ont pas encore disséqué et qui sont tenus de subir l'examen préalable d'ostéologie devront se faire inscrire à l'École pratique avant le samedi 5 novembre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du vendredi 4 novembre tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigeront et surveilleront les travaux des élèves. Ils feront une démonstration quotidienne à une heure précise, dans chaque pavillon.

Les exercices de dissection sont obligatoires pendant toute la durée du semestre d'hiver, pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année, c'est-à-dire pour tous ceux qui ont de cinq à douze inscriptions.

Les exercices de dissection sont facultatifs pour les étudiants ci-après : 1° élèves de première année; 2° élèves ayant seize inscriptions. Ces étudiants, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen. Les docteurs français et étrangers sont soumis à la même formalité.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : *a.* élèves de seconde et de troisième année; *b.* élèves ayant seize inscriptions; *c.* élèves de quatrième année; *d.* docteurs français et docteurs étrangers.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel, 2, rue Vauquelin. — Ce bureau sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures, jusqu'au jeudi 17 novembre. — Pour être inscrit, chaque étudiant devra présenter : 1° sa carte d'admission aux travaux pratiques délivrée par le secrétariat de la Faculté de médecine; 2° la quittance détachée du registre à souches constatant le paiement des droits.

Passé le 16 novembre prochain, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Démonstrations opératoires. — M. le docteur Nélaton, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du 19 octobre 1881, à l'École pratique, rue Vauquelin, n° 2, et sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours d'anatomie est spécialement déestiné à MM. les étudiants qui s'étaient fait inscrire pour les cours du semestre d'été et n'ont pas pu être admis à opérer. Ils devront néanmoins se faire inscrire de nouveau, avant le mardi 18 octobre, au bureau du chef du matériel, ouvert tous les jours de une heure à quatre heures.

Les places qui resteront vacantes seront données à ceux qui s'inscriront à cet effet et présenteront une carte attestant qu'ils ont acquitté les droits réglementaires.

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 18 octobre. — M. Guéniot apporte à l'Académie un exemple intéressant de myome ayant compliqué la grossesse, et quelques remarques sur l'ablation de ces tumeurs. Le bistouri et l'écraseur sont passibles de certains reproches, et ne peuvent être appliqués à tous les cas; l'orateur pense que l'emploi du serre-nœud de Maisonneuve rend l'opération plus facile et moins dangereuse.

La chirurgie ne serait-elle pas fixée sur la valeur relative de l'instrument tranchant, de l'écraseur et du serre-nœud dans l'excision des tumeurs utérines?

M. Guéniot ne proscrit aucune méthode; mais, limitant son étude aux polypes fibreux, il insiste sur la vascularité que présente parfois leur pédicule, et fait ressortir les avantages de la section mousse. L'emploi du bistouri ou des ciseaux, dit-il, n'est pas toujours un procédé simple, et il oblige souvent à exercer sur l'utérus des tractions qui sont loin d'être indifférentes.

Nous croyons que cet avis est celui de presque tous les chirurgiens. Mais l'opinion peut varier sur le choix de l'instrument mousse, et nous dirions volontiers que le meilleur procédé est celui que, dans un cas donné, l'opérateur trouve le plus commode. M. Guéniot, qui a manié le serre-nœud avec avantage, estime que le champ d'action de l'écraseur est limité, comme celui du bistouri; qu'on doit s'en abstenir quand il est impossible de placer la chaîne sans faire subir à l'utérus des tractions dangereuses; que la chaîne ne peut être poussée dans la cavité vaginale que parallèlement à l'axe de la tumeur, d'où il suit qu'elle fait sur le pédicule des sections très obliques. Loin de là, l'anse métallique du serre-nœud est flexible, s'incline à volonté, et peut être placée perpendiculairement à l'axe du pédicule; elle glisse et va couper la racine de la tumeur aussi loin qu'on veut, sans qu'il soit nécessaire d'avoir le doigt sur le point sectionné. En somme, le serre-nœud est de beaucoup préférable à l'instrument tranchant et à l'écraseur; d'une part il préserve contre l'hémorrhagie, d'autre part il dispense d'abaisser l'utérus; simplicité opératoire et sécurité plus grande, tel est son double mérite.

M. Blot a fait remarquer à son collègue qu'il avait un peu exagéré les difficultés d'application de l'écraseur. Mais il lui a surtout reproché d'attribuer à l'anse métallique de Maisonneuve la même action qu'à l'instrument de Chassaignac. Le fil de fer, dit-il, coupe les tissus, et ne les *mâchonne* pas comme la chaîne; il est moins sûr contre l'hémorrhagie. — Ce n'est pas un fil, c'est une corde de fer, répond M. Guéniot, qui broie les tissus et les empêche de saigner.

M. Guéniot n'a-t-il pas été bien sévère pour l'écraseur? Nous ne voulons, pas plus que ne l'a fait le savant académicien, traiter la question dans son ensemble et discuter les diverses méthodes d'ablation des polypes utérins. Mais nous pourrions établir que, sans abaisser l'utérus ni exercer la moindre traction, il est possible de placer la chaîne perpendiculairement à l'axe de la tumeur, en faisant usage d'un *écraseur courbe*, et de la faire glisser au delà des limites que le doigt peut atteindre, sans que la manœuvre diffère essentiellement de ce qu'elle est avec le serre-nœud. Deux faits, observés à l'Hôtel-Dieu pendant que nous remplacions M. le professeur Richet, viendraient à l'appui de cette assertion.

Chez ces deux femmes, l'une de 39, l'autre de 50 ans, qui se trouvaient dans le service de la Clinique pendant les mois d'août, septembre et octobre 1879, le polype avait dilaté le col utérin et faisait saillie dans la cavité vaginale. On trouvait au toucher une tumeur arrondie, du volume d'un gros œuf de poule, et au-dessus d'elle une partie plus étroite, entourée par le col en forme de bourrelet circulaire; le doigt s'insinuait facilement et faisait le tour de la partie intra-cervicale, mais n'arrivait pas sur l'implantation du polype. Chez les deux malades, qui se ressemblaient de tous points, la manœuvre opératoire fut identique : l'index de la main gauche étant placé dans le vagin et reconnaissant la surface arrondie de la

tumeur, une pince de Museux conduite par la main droite vient la saisir, puis cette pince, maintenue dans l'axe du vagin, est confiée à un aide, qui a pour mission d'immobiliser le corps fibreux sans exercer aucune traction. La chaîne d'un écraseur courbe est alors jetée autour de la pince qui va lui servir de conducteur, et poussée dans le vagin *transversalement*, d'une part à l'aide du manche de l'instrument tenu de la main droite, d'autre part à l'aide de l'index de la main gauche. Arrivé sur la surface arrondie du polype, le manche de l'instrument continue à la pousser, tandis que l'index l'aide à embrasser la tumeur et à dépasser son plus grand diamètre. La chaîne glisse alors sans difficulté sur le segment postérieur de la masse morbide, et, toujours transversale, descend vers le pédicule. En commençant à la serrer, on réduit ses dimensions au point de la faire pénétrer dans le col, où elle glisse encore et disparaît, hors de la portée du doigt. La section est enfin pratiquée avec la lenteur nécessaire, et la tumeur amenée au dehors avec les pinces. La coupe du pédicule, large d'un centimètre environ, est perpendiculaire à l'axe du corps fibreux.

Dans les exemples de ce genre, l'emploi de ciseaux courbes, allant chercher à l'aveugle dans la cavité utérine un pédicule qui peut contenir de gros vaisseaux, serait une imprudence. Quant au choix à faire entre l'écraseur et le serre-nœud, la question est plus délicate. Il y a encore d'autres méthodes, et nous n'oserions pas soutenir que le sentiment individuel du chirurgien ne soit pas, dans un bon nombre de cas, le meilleur guide à suivre. L.-G. R.

# CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

## DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS;

Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881,

Par M. le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Messieurs,

Les observations résumées dans mon premier mémoire sur les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique, lu dans la séance du 23 juin 1881, étaient divisées en six séries, suivant le procédé et les doses de sublimé employés. J'indiquai une septième série (injections quotidiennes de 5 milligrammes); mais les observations étant trop récentes, j'avais pensé qu'il valait mieux attendre pour les publier. Depuis le 21 juin, j'ai continué mes expériences. Comme pour le premier mémoire, les injections ont été faites progressivement, par séries, et journellement.

Six nouvelles séries composent le deuxième mémoire.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Septième série . . . . . . | 5 | milligrammes | tous les jours. |
| Huitième — . . . . . . | 6 | — | — |
| Neuvième — . . . . . . | 7 | — | — |
| Dixième — . . . . . . | 8 | — | — |
| Onzième — . . . . . . | 9 | — | — |
| Douzième — . . . . . . | 10 | — | — |

En outre, plusieurs des malades des troisième, quatrième, cinquième et sixième séries n'étaient encore pas sorties lors de la publication du premier mémoire. Je donne aujourd'hui la fin de leurs observations.

Enfin, depuis le 1er octobre, j'ai mis toutes les malades traitées dans mes salles par les injections hypodermiques de peptone mercurique à 10 milligrammes, me proposant, dans un mois, de revenir à la dose de 5 milligrammes, dose normale et suffisante de sublimé dans le traitement de la syphilis. Le médecin sera toujours libre d'augmenter les doses suivant les indications qui se présenteront. Il les aug-

mentera, sachant qu'à dose plus élevée, à 10 milligrammes même, il ne survient aucun accident.

126 malades ont été traitées par cette méthode depuis le 21 juin. 3,087 injections ont été pratiquées. En additionnant ces chiffres à ceux contenus dans le premier mémoire, nous voyons que 172 malades ont été soumises au traitement par les injections hypodermiques, et que 3,838 injections ont été faites depuis le 12 avril, époque où j'ai commencé ces expériences.

La solution de peptone mercurique ammonique en injections hypodermiques m'ayant donné les magnifiques résultats que je vais faire connaître, j'ai tenu à me renseigner sur son efficacité alors qu'elle est donnée par la voie stomacale. A la fin de ce mémoire, je donne, avec le résumé des observations des malades qui ont été soumises à ce traitement, les considérations qui découlent de cette expérience.

A l'effet d'obtenir, pour les injections hypodermiques, une solution titrée à 10 milligrammes de sublimé par centimètre cube, M. Delpech a modifié la formule primitivement employée. Voici la note qu'il m'a remise à ce sujet :

*Note de M. Delpech, pharmacien.*

« Pour préparer des solutions hypodermiques à 10 milligrammes de sublimé, il a été fait une solution concentrée dite solution normale, ainsi composée :

| | |
|---|---|
| Peptone en poudre de Catillon. . . . . . | 9 grammes. |
| Chlorure d'ammonium pur. . . . . . . . | 9 — |
| Sublimé corrosif. . . . . . . . . . . . . | 6 — |
| | 24 grammes. |

On dissout cette peptone mercurique ammonique dans :

| | |
|---|---|
| Glycérine pure. . . . . . . . . . . . . . | 72 grammes. |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . | 24 grammes. |

5 grammes de cette solution normale filtrée contiennent exactement 0,25 centigr de sublimé, qui, étendus de 25 grammes d'eau distillée, donnent une solution hypodermique renfermant, par seringue de 1 gramme 20, 10 milligrammes de sublimé.

Cette solution est stable, et la peptone mercurique ammonique formée ne subit aucune décomposition; mais, vu sa concentration, il se produit au bout de quelque temps un précipité léger qui se redissout par l'agitation, car ce précipité n'est pas constitué par du calomel, comme cela se produit dans les solutions d'albuminate de mercure; d'après notre examen, il est de même composition que la partie restée en dissolution. C'est un composé mercurique ammonique en combinaison avec la matière albuminoïde qui constitue la peptone, et, de plus, comme on s'en est assuré, il ne reste pas de sublimé libre dans la liqueur.

Pour obvier cependant à l'inconvénient résultant de la production de ce précipité qui, si l'on n'agite pas les solutions, amène une irrégularité dans le dosage, il sera mieux de préparer la solution normale de peptone mercurique ammonique dans la glycérine, en petite quantité, et pour répondre au besoin du moment.

En vue de répondre à cette indication, et pour faciliter la préparation instantanée de la solution de peptone mercurique ammonique, pour injections, nous avons employé une petite éprouvette graduée. Nous mesurons un certain volume de solution normale indiqué sur l'éprouvette, et correspondant exactement à 5 grammes en poids; puis nous ajoutons un volume d'eau distillée équivalant à 25 grammes en poids, volume indiqué également par une graduation marquée sur l'éprouvette. On agite, pour mélanger intimement la solution normale à l'eau distillée, et, de cette façon, on a de suite une solution pour injections hypodermiques qui, par chaque seringue de 1 gr. 20, représente exactement 10 milligrammes de sublimé. Cette préparation rapide et facile permet de ne produire que la quantité absolument nécessaire, et fournit des solutions limpides et d'un dosage rigoureux. C'est le procédé employé dans le service de M. Martineau.

Il est acquis du reste que toutes les solutions hypodermiques doivent autant que possible être préparées au moment du besoin, car l'on sait qu'elles s'altèrent très rapidement.

C'est pourquoi divers véhicules ont été préconisés pour assurer leur conservation. Tels que : l'eau distillée d'eucalyptus (Gubler), l'eau distillée de laurier cerise (Luton), la glycérine (Constantin Paul), l'eau distillée de spirée ulmaire, l'acide salicylique à raison de 5 centigrammes par 30 grammes de soluté. Pour nos solutions, nous avons donné la préférence à la glycérine étendue d'eau distillée. »

Dans mon premier mémoire, j'annonçais que M. Ormezzano, mon interne en pharmacie, avait constaté la présence du mercure dans l'urine des malades soumises aux injections hypodermiques. Je n'avais pu indiquer le procédé qu'il avait suivi. Aujourd'hui, je puis le faire connaître, voici la note qu'il m'a remise à ce sujet.

Note de M. Ormezzano, interne en pharmacie, *sur la recherche du mercure dans les urines des malades traitées par les injections de peptone mercurique à 5 milligrammes par jour.*

« J'ai essayé plusieurs procédés : recherche directe, destruction des matières organiques par la chaleur et l'acide chlorhydrique, traitement par la pile de Smithson ou par un courant continu; aucun de ces procédés ne m'a donné un résultat. Voici le seul qui m'ait satisfait.

J'ai recueilli les urines d'une malade traitée à 5 milligrammes pendant les dix premiers jours à partir de sa première injection, et j'ai pu y constater la présence du mercure en employant le procédé suivan t.

On détruit la matière organique par un courant de chlore naissant; lorsque les urines sont complètement décolorées on fait passer un courant d'acide sulfureux afin d'enlever l'excès de chlore. On filtre, puis on fait passer un excès d'acide sulfhydrique. On filtre pour recueillir le précipité que l'on sèche de manière à enlever toute trace d'humidité. On prend un tube à analyse en verre vert, on y introduit du bicarbonate de soude desséché, de la chaux calcinée, le mélange du précipité avec de la chaux, puis encore de la chaux calcinée, le tout recouvert par un tampon d'amiante. Cela fait, on chauffe le tube à la lampe d'émailleur, de manière à lui donner une forme en bec de cygne. Ceci fait, on chauffe. Le mercure, chassé de sa combinaison avec le soufre, distille et se condense dans la courbure du tube. Pour caractériser complètement le mercure, on coupe à la lime le tube et on introduit le tout dans un vase contenant des cristaux d'iode.

Il se forme, au bout de quelque temps, des cristaux rouges de biiodure de mercure. Le mercure, pris en injection, est donc éliminé dans les dix premiers jours. »

## PREMIÈRE PARTIE

—

### INJECTIONS HYPODERMIQUES.

Suite des observations des malades publiées dans le premier mémoire du 21 juin 1881 :

**Troisième série** (2 milligrammes tous les deux jours).

OBS. XI. — Marthe D..., salle Saint-Louis, lit n° 29. *Exeat* le 23 juin. 2 injections + 28. Total : 30. Sortie guérie. Jamais d'accident.

OBS. XIII. — Berthe R..., salle Saint-Alexis, n° 43. A la date du 21 juin, 25 injections. On continue les injections pendant quatorze jours. A cette époque, les syphilides ont complétement disparu. La malade accouche à terme d'un enfant mort depuis environ quinze jours. Pas de suites de couche pathologiques. Pas de salivation ni de nodosités : 39 injections.

OBS. XIV. — Caroline V..., salle Saint-Alexis, n° 45. *Exeat* le 23 juin. 2 injections + 22. Total : 24 injections. La malade sort guérie. Pas d'accidents.

OBS. XVII. — Victorine R..., entrée le 16 mai, salle Saint-Alexis, lit n° 3. A la date du 21

juin, 18 injections. On continue les injections à la même dose jusqu'au 29 juin. A cette époque on met la malade à 5 milligrammes par jour.

9 juillet. La malade sort guérie. Pas de nodosités; pas de salivation; aucun accident. Total : 18 + 7 injections à 2 milligr., 25; 9 à 5 milligr., 9. Total : 34 injections.

### Quatrième série (3 milligr. tous les jours).

Obs. XX. — Clémentine M..., salle Saint-Louis, n° 21, entrée le 17 mai 1881. 23 juin : 27 injections.

Le 24 juin, la malade est mise à 4 milligr. par jour. Les syphilides vulvaires sont guéries. Les syphilides cutanées résistent.

29 juin. 5 milligrammes par jour.

2 juillet. Les syphilides cutanées pâlissent.

9 juillet. *Exeat.* Complétement guérie. Jamais d'accident. Pas de salivation : 40 injections.

### Cinquième série

3 milligrammes injectés tous les jours (trois quarts de seringue de Pravaz).

Obs. XXVIII. — Marie B..., 24 ans, domestique. Entrée le 7 juin 1881, salle Saint-Alexis, n° 36. A la date du 21 juin, 14 injections. Les injections sont continuées jusqu'au 9 juillet. A cette époque, les syphilides ont complétement disparu. La malade sort guérie. Pas de douleurs à la région dorsale; pas de nodosités; pas de salivation. Total : 31 injections.

Obs. XXIX. — Estelle P..., 22 ans, domestique. Entrée le 31 mai, salle Saint-Alexis, lit n° 26.

21 juin. On continue les injections à la même dose, 3 milligr. tous les jours. La malade sort guérie le 29 juin. Toutes les syphilides ont disparu.

Du 1er au 21 juin, 21 injections; du 21 au 29 juin, 7. Total : 28 injections. Pas de nodosités; pas de salivation; aucun accident.

Obs. XXX. — Marie P..., 18 ans, domestique. Entrée salle Saint-Alexis, lit n° 27, le 7 juin 1881. A la date du 21 juin, 14 injections. Les syphilides s'affaissent.

29 juin. On met la malade à 5 milligrammes par jour.

11 juillet. Les syphilides vulvaires ont disparu ; quelques syphilides sur les deux amygdales persistent.

25. La malade sort guérie. Aucun accident. Pas de salivation. 20 injections à 3 milligr., 15 à 5 milligr. Total : 35 injections.

Obs. XXXI. — Anita S..., 18 ans, domestique. Entrée le 31 mai, salle Saint-Alexis, lit n° 26.

23 juin. 23 injections. Affaissement général des syphilides qui étaient très nombreuses.

1er juillet. On met la malade à 6 milligrammes. Une injection faite trop superficiellement produit, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, une plaque rouge du volume d'une pièce de 1 franc, présentant, au centre, une coloration noire et une petite phlyctène.

11 juillet. Sclérème de la grande lèvre droite. Les syphilides s'affaissent complètement. Seule, au sommet de la grande lèvre gauche, une syphilide papulo-hypertrophique à tendance ulcéreuse persiste.

3 août. Suppression des injections. Les syphilides ont complètement disparu. Jamais de salivation. Rien du côté des voies digestives. Jamais de nodosités, à l'exception de l'accident précité. — Total : 61 injections.

Obs. XXXIII. — Zélie F..., 18 ans, domestique. Entrée le 7 juin 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 11.

23 juin. A cette époque, la malade en est à sa seizième injection.

Le 15 juillet, la malade sort complètement guérie. Une petite nodosité à l'angle inférieur de l'omoplate droite. Pas de salivation. Pas de douleurs. — Total : 35 injections.

Obs. XXXV. — Jeanne P..., 29 ans, cuisinière. Entrée le 7 juin, salle Saint-Louis, lit n° 2.

23 juin. 14 injections.

29 juin. La malade est mise aux injections à 5 milligrammes.

1er juillet. Les syphilides ont complètement disparu. Petite nodosité à gauche.

25 juillet. *Exeat.* Guérie. Jamais de salivation. Aucun accident. Pas de douleurs. — Total : 35 injections.

Obs. XXXVI. — Rose D..., 18 ans, fille de brasserie. Entrée le 26 mai 1881, salle Saint-Louis, lit n° 13.

23 juin. 20 injections. Un peu d'induration sur le côté droit du dos.

29 juin. 5 milligrammes par jour. Le chancre a complètement disparu, ainsi que les syphilides vulvaires. Encore quelques syphilides buccales.

8 juillet. *Exeat*. Guérie. Pas de nodosités; jamais de salivation; aucune douleur; aucun accident. — Total : 35 injections.

Obs. XXXVII. — Marie L..., 21 ans. Salle Saint-Louis, lit n° 23.

23 juin. 14 injections. Chancre réparé. Syphilides érythémateuses.

29 juin. La malade est mise à 5 milligrammes. Les syphilides ont disparu.

2 juillet. *Exeat*. Guérie. Aucun accident. — Total : 22 injections.

Obs. XLVI. — Marie F..., 18 ans, couturière. Salle Saint-Alexis, lit n° 29. Entrée le 24 mai. A la date du 21 juin, 28 injections. On les continue à 4 millig. jusqu'au 29 juin; à cette époque, on porte la dose à 5 millig. Quelques nodosités et douleurs à la région dorsale à la suite de deux piqûres mal faites.

9 juillet. Les syphilides ont complètement disparu.

11 juillet. *Exeat* guérie. Pas de salivation. 28 injections à 4 millig.; 13 à 5 millig. Total : 41 injections.

Obs. XLIV. — Françoise B..., 35 ans, salle Saint-Alexis, lit n° 13. Depuis le 29 mars, la malade est traitée par la liqueur de Van Swieten sans résultats satisfaisants. La malade est enceinte.

13 juin. Nombreuses syphilides papulo-érosives et érosives de la vulve et du pharynx. Syphilides linguales. Glossite érosive. Le 20 juin, on met la malade aux injections à 4 millig.

25 juin. 5 millig. par jour. A la onzième injection, les syphilides vulvaires s'affaissent. Les syphilides cutanées persistent.

8 juillet. *Exeat* très améliorée. 7 injections à 4 millig.; 7 injections à 5 millig. Total : 14 injections. Pas de salivation ni de nodosités.

Obs. XLI. — Dora A..., 26 ans, couturière. Entrée le 1er mars 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 18. Au 23 juin, on avait fait 9 injections. On soumet alors la malade aux injections de peptone mercurique à 5 millig. chaque jour. Sous l'influence de ce traitement, les syphilides du cuir chevelu se sèchent considérablement.

30 juin. Seizième injection. Un peu de douleur au point piqué. Aucune nodosité. Pas de salivation.

8 juillet. Les syphilides cutanées sont guéries, sauf au cuir chevelu où les syphilides impétigineuses se sèchent et sont beaucoup moins douloureuses. Quelques nodosités de la région dorsale sans inflammation.

22 juillet. Trente-septième injection. Les syphilides pustuleuses de la nuque sont séchées; elles sont devenues tuberculeuses.

29 juillet. Quarante-quatrième injection. Les syphilides du cuir chevelu sont complètement guéries. Il n'existe plus que deux syphilides croûteuses de la nuque presque cicatrisées. Aucun accident.

30 juillet. Quarante-cinquième injection. Accouchement à terme d'un garçon pesant 7 livres, fort bien portant, sans aucune trace de syphilis. Pas de suites de couche pathologiques. La mère nourrit son enfant.

14 octobre. L'enfant n'est pas syphilitique, ou plutôt il ne présente aucun accident syphilitique. Total : 45 injections.

*(La suite à un prochain numéro.*

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. le Secrétaire perpétuel annonce que l'Académie est entrée en possession de la partie de la bibliothèque du docteur Matteï, dont Mme Matteï, conformément aux intentions manifestées par M. Matteï à son lit de mort, vient de faire don à la savante Compagnie. Cette collection contient, ajoute M. le Secrétaire perpétuel, une très précieuse réunion de livres relatifs à l'obstétrique.

—

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Bertherand, secrétaire du Conseil d'hygiène et de salubrité du département d'Alger, une brochure intitulée : *Nécessité d'instituer une*

*inspection départementale pour surveiller les prescriptions hygiéniques dans les établissements insalubres.*

M. Ernest BESNIER présente : 1° au nom de M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, deux brochures intitulées, l'une : *Du vulvisme*; l'autre : *Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis*; — 2° en son propre nom : 1° *De la recherche des lois qui régissent les épidémies en général; détermination de la loi saisonnière de la fièvre typhoïde en particulier*; 2° le V[e] fascicule des *Rapports sur les maladies régnantes* faits à la Société médicale des hôpitaux de Paris pour l'année 1880.

M. Armand GAUTIER dépose, en son propre nom, une brochure intitulée : *Les alcaloïdes dérivés des matières protéiques sous l'influence de la vie des ferments et des tissus.*

—

M. FILHOL, membre correspondant à Toulouse, lit une note sur la composition chimique de l'eau minérale de Barèges, source Bazun, prise dans le nouvel établissement, à Luz.

—

M. GUÉNIOT communique un travail *sur les méthodes opératoires applicables à l'ablation des polypes de l'utérus et, en particulier, sur un procédé d'excision à l'aide du constricteur ou serre-nœud.*

Dans ce travail, M. Guéniot a pour but de démontrer : 1° qu'au double point de vue de la sécurité et de la simplicité opératoire, de même que sous le rapport de l'étendue du champ d'application, la méthode d'excision par l'instrument tranchant est le plus souvent très inférieure au serre-nœud ; 2° que, malgré sa grande analogie d'action avec ce dernier, le procédé d'excision par l'écraseur de Chassaignac n'offre pas non plus les mêmes avantages.

Suivant M. Guéniot, le serre-nœud présente, sur l'instrument tranchant et l'écraseur de Chassaignac, les avantages essentiels suivants : 1° de mettre à l'abri de l'hémorrhagie (qualité qu'il possède au même degré que l'écraseur à chaîne) ; 2° d'être d'une application généralement facile, et de ne point nécessiter l'abaissement préalable soit du polype, soit de l'utérus; 3° enfin, d'offrir un champ d'action presque illimité, c'est-à-dire de rendre possible l'excision des tumeurs qui s'implantent jusque sur le fond de la matrice. Il termine en formulant cette unique conclusion : des trois méthodes ou procédés aujourd'hui utilisables pour l'ablation des polypes utérins, celle qui consiste dans l'emploi du serre-nœud lui paraît être de beaucoup la plus avantageuse, parce qu'elle se montre à la fois la plus sûre, la plus simple et la plus susceptible d'applications étendues.

A l'appui de cette communication, M. Guéniot met sous les yeux de ses collègues un polype utérin qu'il a enlevé par le procédé qu'il préconise. Cette tumeur présente ceci de particulièrement intéressant au point de vue opératoire, qu'elle est très vasculaire seulement dans sa partie supérieure, c'est-à-dire près de son point d'implantation; par conséquent, son ablation au moyen de l'instrument tranchant aurait pu avoir des conséquences graves par l'hémorrhagie qu'elle aurait provoquée.

M. BLOT dit que le but que s'était proposé M. Guéniot d'éviter l'écoulement sanguin serait plus difficilement atteint par le serre-nœud de Maisonneuve que par l'écraseur de Chassaignac, car il coupe, au lieu de mâchonner les tissus comme le fait l'instrument de Chassaignac.

M. Guéniot semble avoir exagéré la difficulté d'application de la chaîne de l'écraseur.

M. GUÉNIOT fait observer que l'instrument dont il se sert n'est pas un fil, mais une corde métallique dont la surface de section est plus grande que celle même de la chaîne de l'écraseur. Il ajoute que le serre-nœud est beaucoup plus maniable et permet d'obtenir plus facilement la section perpendiculaire à l'axe de la tumeur, l'écraseur ayant plus de tendance à donner une section oblique.

—

M. GIRAUD-TEULON lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude de l'électrothérapie : 24 observations des effets de l'électrodynamique, courants constants continus sur les opacités du corps vitré.*

— M. Giraud-Teulon conclut que dans toute opacité du corps vitré, quels que soient d'ailleurs son degré et son étendue, mais dont le développement n'a pas atteint les formes confirmées de l'hypertrophie, les courants continus constants peuvent être considérés comme le moyen thérapeutique le plus efficace.

Au point de vue du mécanisme physiologique de cette action, l'électrodynamique aura, par voie de conséquence, un bénéfice à retirer de cette constatation.

M. CAGNY (de Senlis) fait une communication *sur la rétention anormale du fœtus chez les animaux domestiques.* (Comm. MM. Bouley, Blot et Colin, d'Alfort.)

— La séance est levée à cinq heures.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE. — Élection d'un membre honoraire. — Synovite tendineuse à grains riziformes du poignet et de la paume de la main ; incision, pansement de Lister, guérison. — Contribution à l'étude de la ténosité crépitante (aï !). — Présentation d'instrument pour la réduction de la luxation du pouce.

M. Amédée FORGET, dans une lettre lue dans la dernière séance, avait demandé d'échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. Selon l'usage, un scrutin a eu lieu sur cette demande, qui a été accordée par l'unanimité des suffrages des membres présents, au nombre de vingt-quatre.

M. le docteur NOTTA, membre correspondant à Lisieux, lit un travail intitulé : *Synovite tendineuse à grains riziformes du poignet et de la paume de la main. — Incision. — Pansement de Lister. — Guérison.*

Le traitement chirurgical de la synovite tendineuse à grains riziformes, par l'incision et la méthode antiseptique, ayant été mis à l'ordre du jour de la Société de chirurgie au mois de mai dernier par la communication de M. Nicaise, j'ai pensé, dit M. Notta, que le moment était opportun de faire connaître le fait suivant :

OBSERVATION. — Cordier, 48 ans, cultivateur, grand, fort, robuste, n'a jamais eu de rhumatisme, et aucun membre de sa famille n'a été atteint de la maladie pour laquelle il nous consulte. Il y a quatre ans environ, après avoir labouré, il fut pris de gonflement et de douleur dans la paume de la main; toutefois, il ne fut pas obligé de suspendre ses travaux. Il se borna seulement à prendre un gros gant pour conduire sa charrue. Quand il avait beaucoup travaillé, les douleurs étaient plus vives et, pendant les six premiers mois, elles l'empêchaient fréquemment de dormir. Il éprouvait alors du soulagement en plongeant sa main dans l'eau froide. Il y a deux ans, la tumeur du poignet apparut; enfin, il y a six mois seulement que se produisit la bosselure de la partie médiane et supérieure de la paume de la main. Depuis sept ou huit mois, l'ensemble de la tumeur a beaucoup augmenté de volume, et, aujourd'hui, nous constatons l'état suivant : la main gauche présente une tumeur remplissant toute la paume de la main, s'étendant depuis le ligament annulaire du carpe jusqu'au niveau du pli palmaire moyen. Cette tumeur offre à sa partie médiane et supérieure une bosselure du volume d'une petite noix, dont la peau paraît amincie et légèrement bleuâtre. Le reste de la tumeur qui englobe les éminences thénar et hypothénar est sans changement de couleur à la peau, qui est forte, épaisse, comme chez les hommes qui se livrent à un travail manuel quotidien. A la partie inférieure de l'avant-bras, en avant, au-dessus du ligament annulaire du carpe, on remarque, dans une hauteur de trois travers de doigt, une saillie surtout prononcée en dedans. La peau qui la recouvre est normale. Si l'on presse alternativement sur un point quelconque de la tumeur palmaire, ou sur la bosselure qui la surmonte et sur la tuméfaction de l'avant-bras, on perçoit très distinctement la sensation d'un liquide épais qui reflue d'une tumeur à l'autre avec une espèce particulière de crépitation due manifestement à la présence de corps étrangers hordéiformes. Il y a donc communication entre ces diverses parties de la tumeur. Pas de douleurs spontanées, ni à la pression. Le malade se sert de cette main comme de l'autre pour travailler; cependant, il y éprouve de la gêne. Il fléchit et étend bien les doigts, à l'exception du petit doigt et de l'annulaire, dont la flexion s'opère avec plus de difficulté.

14 novembre. Le malade est endormi avec le chloroforme. Une bande d'Esmarch est appliquée, afin de prévenir l'écoulement du sang. L'opération est pratiquée au milieu du nuage phéniqué et avec toutes les précautions indiquées par Lister. Une première incision de 4 centimètres pratiquée en dedans de la ligne médiane, à la partie inférieure de l'avant-bras, nous permet de tomber sur le kyste situé au-dessous de la couche superficielle des muscles de l'avant-bras. Il s'échappe un peu de liquide transparent, semblable à une solution gommeuse, et une grande quantité de corpuscules blanchâtres, arrondis, de la forme et du volume d'une lentille. Quand on les incise, ils sont creusés à leur centre d'une petite cavité. Le doigt introduit dans le kyste en fait sortir un grand nombre, et détruit les adhérences de quelques-uns qui tiennent encore à la paroi du kyste et le long des tendons par l'intermédiaire d'une sorte de frange pseudo-membraneuse.

Une autre incision de 3 centimètres est pratiquée sur la bosselure de la paume de la main, et sa cavité est remplie des mêmes corps. Elle est formée par un diverticulum qui communique avec la synoviale des fléchisseurs, et qui est situé en partie entre la peau et la face antérieure de l'aponévrose palmaire, que l'on voit à nu au fond de la plaie. Une troisième incision de 3 centimètres est pratiquée au niveau de l'éminence hypothénar, à travers une grande épaisseur de parties molles, et donne issue également à une grande quantité de corps hor-

déiformes. La masse totale de ces corps aurait pu remplir un grand verre. Après les avoir expulsés de toutes les incisions par la pression, et en allant les chercher avec le doigt au fond des plaies, j'introduis dans la synoviale une sonde en caoutchouc et, à plusieurs reprises, je fais une injection avec de l'eau phéniquée forte de manière à bien laver le foyer; puis j'introduis, par la plaie de l'éminence hypothénar, un drain qui ressort par la plaie de l'avant-bras. Un autre drain est placé dans la plaie de la bosselure palmaire; puis les plaies sont réunies avec des fils d'argent. Pansement de Lister et, par-dessus, compression douce avec la ouate de coton.

15 novembre. Vives douleurs dans la main pendant la soirée; insomnie, agitation; il trouve son appareil trop serré, je lève le pansement au milieu de la poussière phéniquée. Le drain qui passait sous le ligament annulaire et qui était très serré est enlevé et remplacé par deux bouts de drains indépendants, l'un pour la plaie de l'avant-bras, l'autre pour la plaie palmaire. Pas de suppuration. État local satisfaisant. Réapplication du pansement de Lister. Soulagement immédiat.

19 novembre. Va très bien, on enlève les fils métalliques des sutures.

9 décembre. Les plaies ne suppurent pas, paraissent cicatrisées; nous cessons le pansement de Lister, et nous laissons au malade le soin de se panser lui-même. Dès le lendemain, il ressent de la douleur dans la main, et, le 11 décembre, il vient me voir. Il sort du pus par les plaies et la paume de la main présente un peu de gonflement. Pansement à l'alcool. L'inflammation de la main ayant augmenté le 20 décembre, on reprend le pansement de Lister. Au bout de quelques jours, la suppuration cesse, le mieux s'accentue, et, le 8 janvier, les plaies ne laissent écouler par la pression qu'une ou deux gouttes de synovie.

4 février. Les plaies sont complètement cicatrisées. La paume de la main, un peu tuméfiée, présente une certaine rénitence (appareil ouaté et fortement compressif).

5 mars. On enlève l'appareil. La paume de la main est bien désenflée. Un peu de raideur des doigts.

20 mars. Les cicatrices sont déprimées, elles laissent suinter par moment un peu de sérosité, qui, au bout de quinze jours, disparaît complètement. Il se sert de sa main, et, le 30 mai, il peut être considéré comme complètement guéri, il n'y a plus de différences entre les deux mains. L'examen du malade, la sensation des corps étrangers qui glissaient d'une poche dans l'autre, la nature même de la fluctuation me firent penser qu'il existait peu de liquide dans cette tumeur, et qu'elle était constituée principalement par une grande quantité de corps hordéiformes. Dès lors le traitement se trouvait tout tracé. Je ne pouvais songer à faire une ponction suivie d'une injection iodée; l'incision seule permettait de débarrasser le kyste des corps étrangers qui l'encombraient. Il était d'ailleurs urgent d'intervenir; deux bosselures de la tumeur présentaient une peau amincie, qui se serait ouverte spontanément dans un temps rapproché. Je n'hésitai donc pas à ouvrir largement le kyste en employant la méthode de Lister dans toute sa rigueur. Ces prévisions se trouvèrent confirmées; peu de liquide, mais une quantité énorme de corps hordéiformes s'échappèrent au dehors. Je pus, sans inconvénient, promener mes doigts dans le kyste, détacher des corps étrangers qui tenaient encore par des fausses membranes, soit aux tendons, soit à la paroi du kyste; en un mot, je pus faire sa toilette d'une façon complète.

Pendant les vingt-cinq premiers jours tous les pansements furent faits sous la poussière phéniquée, et il n'y eut aucune trace de suppuration. Estimant que les plaies étaient cicatrisées, je cessai le pansement antiseptique et je permis au malade de se panser lui-même. Immédiatement survint de la suppuration et une inflammation qui se maintint dans des limites modérées, bien qu'elle eût envahi toute la gaîne synoviale. Cette inflammation n'a été aussi bénigne que parce qu'elle est survenue tardivement, et l'on ne saurait méconnaître que nous devons au pansement de Lister d'avoir évité ces complications redoutables qui ont fait échouer si souvent cette opération.

Si l'on ne fait dater la guérison qu'à partir du moment où le malade a eu le plein exercice de sa main, le traitement a eu une durée de quatre mois et demi; durée beaucoup plus longue que dans les observations de MM. Nicaise et Polaillon, et qu'il faut attribuer à la suppuration de la gaîne synoviale. Cette suppuration était-elle nécessaire pour obtenir la guérison comme le pense M. Desprès? Je ne le crois pas, si l'on s'en rapporte aux observations précitées, auxquelles on peut faire le reproche de ne pas suivre les malades plusieurs mois après la guérison. Quoi qu'il en soit, on peut regarder la guérison de notre malade comme définitive.

— M. Verneuil dit qu'avant l'introduction du pansement antiseptique dans la pratique de la chirurgie, il n'avait jamais osé faire d'opération pour la maladie dont il s'agit, et qui était justement réputée redoutable par tous les chirurgiens. Depuis que la thérapeutique chirurgicale a été mise en possession de la nouvelle méthode, il a eu deux fois occasion de pratiquer

l'opération dont M. Notta vient de communiquer un exemple, et, dans les deux cas, il a obtenu un succès complet. Les malades ont guéri dans l'espace d'une vingtaine de jours.

M. Verneuil a ouvert assez largement la paume de la main, après avoir pris toutes les précautions préliminaires usitées dans l'application de la méthode antiseptique, et il a placé deux drains dans la plaie. Mais ensuite, au lieu d'employer le pansement antiseptique de M. Lister après réunion de la plaie, il a eu recours au pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, la plaie étant laissée ouverte. Sans repousser systématiquement la réunion immédiate dont il reconnaît les grands avantages dans certains cas, mais dont les fanatiques abusent si malheureusement tous les jours, M. Verneuil lui préfère généralement le *modus faciendi* qu'il vient de faire connaître. Quoi qu'il en soit, on peut proclamer hautement que la thérapeutique chirurgicale est aujourd'hui en mesure de lutter avec avantages contre une maladie qui paraissait inopérable à tous les chirurgiens avant les résultats heureux dus à la méthode antiseptique.

M. Desprès déclare que la synovite tendineuse à grains riziformes ne peut guérir que par la suppuration. Il en trouve la preuve, ajoutée à tant d'autres, dans l'observation du malade de M. Notta, dont la plaie a suppuré malgré le pansement antiseptique.

M. Trélat fait remarquer que les kystes synoviaux du poignet et de la paume de la main ne sauraient être pris comme terrain de discussion dans la question des avantages et des inconvénients de la réunion immédiate. Ces kystes hordéiformes ne peuvent guérir que par lente cicatrisation, car il s'agit ici non d'une surface traumatique saine, si l'on peut ainsi dire, mais d'une surface pathologique, à laquelle, par conséquent, la réunion primitive ne peut convenir.

Cela posé, il faut déclarer, contrairement à l'opinion exprimée par M. Desprès, que la suppuration de ces kystes n'est pas toujours nécessaire pour leur guérison. La plaie du malade de M. Notta n'a suppuré que par suite de l'interruption du pansement antiseptique. Il eût certainement guéri, et plus rapidement, sans suppuration, sous ce pansement.

En resumé, la réunion immédiate ne convient pas, elle est même dangereuse dans l'opération des kystes synoviaux du poignet, à moins de pratiquer l'ablation totale de ces tumeurs. La plaie de l'opération ne peut guérir que lentement, mais la suppuration n'est nullement indispensable pour la cicatrisation.

M. Nicaise a eu l'occasion de faire une opération de kyste hordéiforme du poignet et de la paume de la main; comme dans le cas de M. Notta, il a vu, à la suite d'une injection de la solution phéniquée au 20e, survenir des douleurs très vives qui ont empêché le malade de dormir. M. Nicaise pense que la solution au 20e est trop forte et doit être remplacée par une solution plus faible.

Quant au drainage, M. Nicaise le croit très utile, à la condition de placer un drain à chacune des extrémités de l'incision.

M. Lucas-Championnière dit que les malades opérés de kystes synoviaux du poignet peuvent guérir par un processus plus rapide que celui indiqué par M. Trélat. Les faits de guérison prompte dus au pansement de Lister en sont la preuve.

Quant aux injections avec la solution phéniquée au 20e, M. Lucas-Championnière déclare qu'elles sont habituellement sans inconvénient et que cette solution jouit d'une puissance modificatrice extrêmement remarquable qui en rend l'application éminemment utile.

— M. le docteur Larger (de Maisons-Laffitte), lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude de la ténosité crépitante* (Aï). Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Marjolin, Polaillon et Farabeuf, rapporteur. Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport de la commission.

— M. Desprès, à l'occasion d'une réduction de luxation du pouce qu'il a faite récemment à l'hôpital de la Charité, met sous les yeux de ses collègues les divers instruments employés pour cette réduction. Il n'a pu utiliser l'instrument proposé par M. Farabeuf, auquel il reproche d'être un véritable instrument de torture, digne des beaux temps de l'Inquisition. Il rejette également, mais pour d'autres motifs, les instruments de Charrière, de Luër, de Mathieu. Le meilleur instrument, suivant M. Desprès, est celui qu'il désigne sous le nom de *vieil instrument*, « qui n'est pas douloureux par lui-même, qui, en outre, est sûr et solide, et qui a été imaginé par un simple ouvrier sachant bien la mécanique. »

M. Farabeuf répond que son instrument pour la réduction de la luxation du pouce a été employé déjà par bon nombre de chirurgiens des hôpitaux qui ne lui ont pas trouvé les défauts indiqués par M. Desprès et qui s'en sont servis avec un plein succès.

D^r A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DES LÉSIONS SYPHILITIQUES DU RACHIS, par M. le docteur Louis LEVOT. — Paris, 1881. Delahaye et Lecrosnier.

L'origine de cette thèse a été une observation recueillie dans le service de M. le professeur Fournier. L'auteur a réuni un grand nombre de cas semblables publiés dans les journaux et les ouvrages classiques. Il conclut de leur analyse :

1° Que les lésions anatomiques d'origine syphilitique qui siègent sur la colonne vertébrale présentent les formes variées de : carie, nécrose, gomme ostéo-périostique, d'ostéite, et d'exostose ou hyperostose ;

2° Que les commémoratifs, le mode d'évolution, l'influence du traitement mixte sont des probabilités en faveur du diagnostic ;

3° Que les symptômes de compression ont des caractères séméiologiques définis.

Cette thèse est donc surtout un travail de compilation. Elle peut être utile à consulter par le nombre des renseignements qu'elle renferme et les indications des sources où ces observations ont été puisées. — Ch. E.

## FORMULAIRE

PILULES ET SOLUTION CONTRE LE PSORIASIS. — GUIBOUT.

| | |
|---|---|
| Arseniate de soude. . . . . . . . . . . . . | 0 gr 01 centigr. |
| Extrait de gentiane. . . . . . . . . . . . | 1 gr 60 centigr. |

F. s. a. 10 pilules, dont on donnera 2 à 3, à chacun des trois repas, aux personnes atteintes de psoriasis. Au lieu de ces pilules, on pourra faire prendre, aux repas, de une à deux cuillerées à soupe de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Arseniate de soude. . . . . . . . . . . . | 0 gr 10 centigr. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . | 500 grammes. |

Continuer l'usage des préparations arsenicales, après la disparition du psoriasis, et même pendant six mois ou un an, dans certaines formes de la maladie. — Purgatifs répétés, — préparations alcalines, si le malade est robuste ; toniques et ferrugineux, s'il est débile et anémique. — Comme remède externe, frictions avec une pommade contenant 10 à 15 grammes d'acide pyrogallique pour 100 grammes d'axonge. — Tous les deux ou trois jours, bains savonneux pour nettoyer la pommade. — On peut à cette dernière substituer l'huile de cade, avec laquelle on pratique des frictions 2 fois le jour. — Bains alcalins pour compléter le traitement. — N. G.

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 7 au 13 octobre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,001. — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 7. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 35. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 225. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 26. — Pneumonie, 40. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 54 ; au sein et mixte, 32 ; inconnu, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84 ; circulatoire, 75 ; respiratoire, 56 ; digestif, 52 ; génito-urinaire, 31 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 3. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 8.

CONCLUSIONS DE LA 41e SEMAINE. — Les bonnes conditions sanitaires générales se maintiennent malgré l'augmentation notable de plus de 120 décès, car les maladies épidémiques ne sont pour rien dans cette augmentation : elle résulte presque exclusivement du dénouement fatal de vieilles affections chroniques, qui ne supportent pas volontiers les premiers abaissements de température. Ainsi la Phthisie y contribue à elle seule pour 67 décès ; elle pourrait bien tenir encore, au retour à Paris de malades partis en villégiature et qui, en désespoir de cause, ne voyant pas leur état s'améliorer, sont revenus pour trouver au moins le confortable du chez soi. Aussi l'accroissement porte-t-il surtout sur les vieillards de plus de 60 ans. Au contraire

toutes les maladies épidémiques qui sont les affections redoutables, parce que ce sont celles des jeunes générations, sont généralement en baisse: pourtant les décès par Fièvre typhoïde se sont accrus de 3 et ceux par Diphthérie de 4; mais ceux par Variole ont baissé de 7 : enfin la Fièvre puerpérale, dont nous avions signalé le mouvement de hausse, est retombée au chiffre plus normal de 3 décès. Le petit nombre de cartes de morbidité et le moindre nombre d'entrées dans les services spéciaux nous montrent, pour les maladies épidémiques, la même tendance pour les cas d'invasion que pour les cas de décès : diminution générale des affections miasmatiques ; excellent symptôme qui est de nature à nous rassurer sur l'augmentation des décès.

D^r^ BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## COURRIER

LA FIÈVRE JAUNE. — Les renseignements reçus au ministère de la marine sur l'état sanitaire de la Martinique sont excellents. L'épidémie de fièvre jaune a pour ainsi dire disparu; du 22 août au 22 septembre, il n'y a eu qu'un seul décès.

Pendant l'épidémie qui a sévi et qui sévit encore au Sénégal, le personnel administratif et médical de la colonie a montré un courage, un dévouement et une abnégation dignes des plus grands éloges.

Aussi sommes-nous heureux d'apprendre que le vice-amiral, ministre de la marine, se propose de demander un certain nombre de croix supplémentaires pour récompenser les personnes qni lui ont été particulièrement signalées.

NOUVELLES DU SÉNÉGAL. — Le ministre de la marine et des colonies a reçu les nouvelles suivantes :

Saint-Louis, 11 octobre.

L'état sanitaire s'étant amélioré, je ne vois aucun inconvénient à faire partir, par le paquebot du 20 octobre, les 26 officiers ou assimilés qui doivent servir dans le haut fleuve. Si les médecins ne sont pas partis le 5 octobre, il faut les faire partir le 20. Pas de décès de fièvre jaune depuis le 3 octobre. Le fléau paraît vouloir nous quitter, mais nous avons beaucoup de malades atteints de fièvres paludéennes, bilieuses ou autres.

En résumé, l'état sanitaire est encore mauvais, mais je compte sur une amélioration sensible d'ici un mois.

N. B. — Les maladies signalées sont celles qui accompagnent toujours les inondations, qui finissent en octobre; elles disparaissent généralement en novembre. On peut donc dire que l'état sanitaire de la colonie est plus satisfaisant.

PLUIE NOIRE. — Un curieux phénomène a été observé sur plusieurs points du département de la Seine-Inférieure, pendant le mois de septembre dernier, notamment à Oissel le 2, et à Criquebeuf le 9. Les ménagères ont été surprises de voir les seaux et baquets qu'elles avaient placés sous les gouttières se rémplir d'un liquide noirâtre au lieu de l'eau limpide qu'elles attendaient; quelques-unes, croyant que le fait était le résultat du lavage des toits, qui pourtant avaient dû être surabondamment purifiés par les averses des jours précédents, remplacèrent le récipient primitif par des vases parfaitement nettoyés; le résultat fut le même, la pluie reçue était noire. Ajoutons que le phénomène est loin d'être inouï sur ce point de la France; déjà, il y a trois ans, il avait été constaté à Saint-Jouin et relaté dans une communication à la Société havraise d'études diverses. Il y a une quinzaine d'années on l'avait également signalé à Rolleville. Nous nous permettrons de faire remarquer que ces faits ont toujours été observés en septembre, ce qui permet d'en chercher la cause dans un phénomène particulier à cette saison de l'année. Ne serait-ce pas une abondante émission de sporules d'un cryptogame ? Il y a là un problème curieux à résoudre. (*Les Mondes.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 22 octobre 1881, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, 3 (local de la Société de chirurgie).

*Ordre du jour* : 1° Communication avec commentaires par M. Jules Besnier à propos d'un cas de rhumatisme cérébral traité par les bains froids. — 2° Observations de mal perforant du pied dans la paralysie générale par M. Christian. — 3° Note sur un cas préhistorique d'hétéropie dentaire présentée par M. le docteur Bernard (de Cannes) à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C^e^, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

## DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS;

Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881,

Par M. le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

**Résumé des observations des malades traités par les injections hypodermiques de peptone mercurique,**

DU 23 JUIN AU 14 OCTOBRE 1881.

Comme les précédentes, ces observations ont été prises et résumées par mon excellent interne, M. de Molènes, que je ne saurais trop remercier de son zèle.

Septième série (5 milligrammes par jour).

OBS. XLVII. — B... (Françoise), 34 ans, entrée le 29 mars 1881, salle Saint-Alexis, n° 13. Quelques antécédents strumeux; gourme. Syphilides papulo-hypertrophiques et érosives des grandes lèvres, des petites lèvres et du pourtour de l'anus. Syphilides érosives de la langue, des amygdales. Syphilide érythémateuse du tronc. Syphilide pustuleuse des ailes du nez. La malade est enceinte de six mois.

20 juin. Injections de peptone mercurique à 5 milligrammes par jour.

30. Les syphilides vulvaires s'affaissent.

8 juillet. La malade sort de l'hôpital, mais revient tous les deux jours aux injections.

15 septembre. Complétement guérie. — Total : 33 injections. Jamais de salivation ; pas de nodosités; pas de douleurs.

OBS. XLVIII. — A... (Eugénie), 22 ans, rentière, entrée salle Saint-Alexis, lit n° 46, le 23 mai. Pas d'antécédents strumeux. Bonne santé.

Début de la syphilis il y a sept semaines. Les grandes lèvres sont tuméfiées; à droite deux ulcérations, à gauche une, deux à la fourchette, du volume d'une pièce de 5 francs. Rougeur et tuméfaction des petites lèvres ; au niveau de l'urèthre, autre ulcération du volume d'une pièce de 1 franc. Toutes ces ulcérations, prises en ville pour des chancres non infectants, ont été fortement cautérisées. Actuellement, le diagnostic est fort difficile. L'inoculation, plusieurs

---

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Un jeune étudiant fort distingué, qui va très prochainement déposer sa thèse à la Faculté, me fait l'honneur de me demander quelques conseils sur un historique qu'il voudrait introduire dans son sujet. C'est difficile et grave. Pareille aventure arriva, en 1865, à notre illustre et tant regretté maître, Velpeau. Il fut consulté par un de ses élèves, qui, devenu maître à son tour, eut la bonne fortune que Velpeau voulût bien écrire une Introduction au *Traité iconographique des maladies chirurgicales*. Dans cette Introduction, se trouve un passage dont je crois bien avoir déjà signalé l'importance, et que je reproduis avec d'autant plus d'empressement qu'il répond à la question que veut bien m'adresser mon jeune étudiant.

Il s'agit des difficultés qu'on éprouve à faire l'historique d'un sujet quelconque. Voici comment s'expliquait déjà M. Velpeau, à cet égard, il y a près de vingt ans :

« D'autre part, l'historique dans les sciences deviendra bientôt tellement difficile, qu'il y a lieu d'en être effrayé pour nos successeurs. Avec l'ardeur fiévreuse qui s'est emparée de toutes les têtes et qui menace de se répandre de plus en plus, n'y a-t-il pas lieu de se demander ce que deviendra un jour l'histologie? Avec l'extrême divisibilité des molécules organiques, la multitude inouïe de cellules, vésicules, globules, noyaux, etc., que découvre ou permet de découvrir chaque jour le microscope, avec le progrès dans cette étude des infiniment petits, ne risque-t-on pas de tomber dans une sorte de confusion générale? Que deviendront nos neveux dans un siècle ou deux, en face des travaux de ce genre accumulés

fois répétée, est négative. Ces ulcérations sont des syphilides papulo-hypertrophiques ulcéreuses, et celles qui existent à la base des grandes lèvres sont phagédéniques.

9 juin. La malade est mise aux injections tous les jours, à 5 milligr. A cette époque, une syphilide érythémateuse cutanée apparaît. Syphilides érosives amygdaliennes.

13. Éruption de syphilides papuleuses sur le tronc et sur la face.

15. Vitiligo intense sur le cou. Les syphilides vulvaires commencent à se réparer.

20. Éruption confluente papulo-squameuse sur le tronc.

24. Les syphilides cutanées pâlissent.

27. Les syphilides vulvaires se réparent rapidement. Les syphilides de la face pâlissent.

1er juillet. Aucun accident n'est survenu.

11. Les syphilides vulvaires sont guéries. Les syphilides du tronc, qui étaient devenues pustuleuses, sont en voie de cicatrisation.

15. 6 milligrammes chaque jour. Nombreuses syphilides érosives de la face dorsale de la langue. Glossite non mercurielle.

21. 7 milligrammes, quarantième injection. Les syphilides du tronc persistent encore, quelques-unes sont légèrement ulcéreuses. Les syphilides linguales se réparent.

25. La malade est forcée de sortir : elle ne vient aux injections que tous les deux jours.

26. La malade n'est pas venue se faire piquer. Elle rentre de nouveau dans le service. État général mauvais. Les syphilides du cou suppurent. Les syphilides du tronc, de la langue sont ulcéreuses. On met la malade à 8 milligrammes.

1er août. Les syphilides sont sèches pour la plupart.

10 août. Les syphilides ulcéreuses sont cicatrisées, laissant des taches rouges, légèrement hypertrophiées. Toutes les syphilides de la face ont disparu, sauf une sur le sourcil droit. Les syphilides linguales elles-mêmes ont disparu; mais il y a une stomatite mercurielle caractérisée par un léger liséré mercuriel. On remet la malade à 4 milligrammes jusqu'au 31 août.

1er septembre. État général complètement relevé. Toutes les syphilides ont disparu. La malade reprend sa gaieté, mange avec appétit et vaque aux différents soins de la salle.

13 septembre. *Exeat.* Guérie. La malade avait contracté la syphilis en ayant de nouveaux rapports sexuels avec son mari, soldat, qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps. La malade était indisposée, à cette même époque son père fut assassiné. C'est cette inquiétude morale qui avait si profondément abattu son énergie au point qu'elle se serait laissé tomber d'inanition. En tout, 77 injections. Jamais de nodosités.

Obs. XLIX. — D... (Augustine), 18 ans, blanchisseuse. Entrée le 10 juin, salle Saint-Louis, n° 31.

21 juin. A cette époque, la malade avait eu 13 injections. On les continue.

26 juin. Les syphilides vulvaires s'affaissent.

---

jusque-là? Ce n'est pas, en effet, en France seulement, à Paris, où tant de publications surgissent à toute minute, c'est aussi à Montpellier, à Strasbourg, à Lyon, à Nantes et partout. En Allemagne, traités généraux, monographies, journaux de toutes sortes, publications de toute nature, n'encombrent-ils pas les Universités d'Autriche, de Prusse, etc.? En Angleterre, n'en est-il pas de même? Et les Amériques, du Nord, du Centre, du Sud, ne produisent-elles pas de leur côté et incessamment de nombreux ouvrages relatifs aux sciences médicales? La Belgique, la Hollande, l'Espagne, le Portugal, semblent, sous ce rapport, sortir d'un antique sommeil pour donner la main à l'Italie, qui va se raviver aussi et redevenir bientôt à son tour un foyer d'étincelante lumière. Il n'est pas, on le voit aujourd'hui, jusqu'à l'Égypte ou la Turquie, jusqu'à l'Inde, et bientôt peut-être le Japon et la Chine, qui ne tendent à s'ébranler, à entrer dans le mouvement européen. Qu'on se figure l'intelligence même la plus vaste en face de tant de richesses si péniblement amoncelées en l'an 2000 seulement. Qui donc pourra dégager alors les quelques grains de blé de l'ivraie du sein de tant de produits de l'esprit humain? Comment ne pas se perdre dans ce dédale ? Qui pourra distinguer les vérités acquises, utiles, persistantes, et les mettre en lumière à travers une si imposante masse de travaux éparpillés à toute la surface du globe, soit dans les myriades de journaux ou de brochures, soit dans les innombrables dictionnaires, encyclopédies ou revues, soit simplement dans les ouvrages didactiques ou historiques antérieurs ?

« N'est-il pas à craindre que les savants de cette époque ne finissent par maudire notre fécondité, par se plaindre d'une nouvelle confusion des langues, d'une Babel scientifique, par désirer qu'un cataclysme vienne balayer nos œuvres et faire table rase devant eux ? »

Voici ce que je me permis d'ajouter à ces pensées si justes :

15 juillet. Les syphilides vulvaires ont complètement disparu. La malade sort guérie. — Total : 33 injections. Pas de salivation ; pas de nodosités ; pas de douleurs.

Obs. L. — Marie L..., 17 ans, femme de chambre. Entrée le 14 septembre 1880, salle Saint-Louis, n° 11.

Pas d'antécédents strumeux. Bonne santé. Syphilides vulvaires et périanales depuis un mois. La malade n'a suivi aucun traitement. Nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques et papulo-érosives sur les grandes et les petites lèvres, au pourtour de l'anus, dans les plis génito-cruraux. On traite la malade par la liqueur de van Swieten. Au mois d'octobre, le chancre se répare.

3 décembre. Les syphilides vulvaires persistent.

7 janvier 1881. Éruption de syphilides papuleuses sur tout le corps.

22 janvier. L'éruption est devenue confluente. Syphilides papulo-squameuses à teinte rouge. Suppression de la liqueur de van Swieten. Iod. pot. 1 gr. par jour.

4 février. Ulcération granuleuse à bords saillants sur la paroi postérieure de l'anus, qui donne issue à un liquide muco-purulent (mèche enduite de pommade à l'iodoforme).

11 février. Les syphilides vulvaires ont disparu. L'ulcération anale se répare.

4 mars. Quelques ulcérations de la face interne des petites lèvres. On remet la malade à la liqueur et aux bains de sublimé.

10 juin. Les syphilides vulvaires ont disparu. Iod. pot. 1 gr. par jour. Eau de Challes, un verre. Métrite. Adéno-lymphite. Il y a huit mois que la malade n'a pas eu ses règles.

8 juillet. Syphilides papulo-squameuses sur les membres supérieurs, sur les fesses et sur les membres inférieurs. Pas de démangeaisons ni de cuissons. Coudes et genoux intacts. La malade a été pendant trois mois à la liqueur de van Swieten à la dose d'une cuillerée à café par jour ; trois mois à l'iodure de potassium, à la dose de 1 gramme par jour ; deux mois de liqueur de van Swieten, deux cuillerées à café par jour. Depuis un mois, iodure de potassium 2 grammes par jour.

8 juillet. Injections de peptone mercurique à 5 millig. par jour.

13 juillet. Même état des syphilides cutanées. Leucorrhée.

22 juillet. Les syphilides maculeuses pâlissent.

29 juillet. Depuis que la malade est aux injections, les syphilides, qui avaient résisté à la liqueur de van Swieten, pâlissent et disparaissent avec une grande rapidité.

12 août. Les syphilides ont disparu. *Exeat* guérie de sa syphilis. 40 injections. Aucun accident. Pas de salivation ; pas de nodosités.

Obs. LI. — Joséphine K.... 22 ans, domestique. Entrée le 21 juin 1881, salle Saint-Louis, lit n° 14. Quelques antécédents strumeux (gourme, adénite). Début de la syphilis il y a deux mois. La malade entra à l'Hôtel-Dieu pour un chancre infectant.

*État local :* Grandes lèvres tuméfiées ; œdème des petites lèvres. Sur la face interne de la

---

Vous avez mille fois raison, cher maître, le mal est imminent et grave, et s'il vous paraît tel, à vous, à qui une longue habitude des recherches d'érudition a rendu ce travail plus facile, que doit-ce être pour des jeunes gens inexpérimentés, pour des médecins peu familiarisés avec ce labeur et qui, un jour donné, ont besoin de savoir ce qui s'est fait sur un point particulier de l'art et de la science ! C'est effrayant, c'est décourageant, cela deviendra impossible, vous le dites avec justesse, et avec la grande autorité qui s'attache à vos paroles.

Cher maître, vous avez oublié — et c'est bien naturel — qu'ici et à cette même place, ce que vous avez si bien dit, a été moins bien dit sans doute, mais enfin a été dit, que la peinture a été faite de ce pauvre voyageur errant sans boussole dans l'immense océan de la littérature médicale, océan dont les limites s'éloignent sans cesse et sur lequel, dans moins d'un siècle, nul n'osera plus s'aventurer.

Vous avez oublié surtout, cher maître, — et cela ne venait pas d'une plume assez autorisée pour vous frapper — qu'à ce mal un humble chroniqueur a osé proposer un remède : un seul moyen reste à employer, a-t-il dit, et ce moyen ne le demandez pas à un homme, mais à une collection d'hommes éclairés, dévoués et zélés ; à une Société, non pas seulement de tel ou tel pays, mais internationale, et s'étendant sur le monde savant tout entier ; à une Société qui entreprendra partout et qui publiera dans toutes les langues, la bibliographie complète de la littérature médicale en tout pays. Cette Société, un savant honorable et distingué, M. Cap, a proposé de la placer sous le grand vocable de Haller, le prince des érudits. Oui, cher maître, la Société hallérienne aurait précisément pour but d'empêcher le mal produit, et qui tous les jours s'aggrave ; il y a déjà eu un commencement de plan indiqué, des adhésions honorables se sont produites, tout cela a été exposé deux ou trois fois, et j'épargne à mes lecteurs l'ennui de le relire.

petite lèvre gauche, syphilides érosives; syphilides papuleuses du tronc; syphilides érosives des amygdales hypertrophiées.

25 juin. Première injection à 5 millig. Légère douleur après la piqûre.

1er juillet. Les syphilides des amygdales ont disparu. Les syphilides vulvaires s'affaissent. Quelques syphilides papuleuses sur la paroi postérieure du vagin. Syphilide érythémateuse du tronc.

15 juillet. Les syphilides vaginales ont disparu. Une seule syphilide érosive persiste sur la petite lèvre.

1er août. Les syphilides vulvaires ont complètement disparu; les syphilides utérines et vaginales également. Abondante leucorrhée. *Exeat* guérie. 34 injections. Pas de nodosités; un peu de douleur aux premières injections; pas de salivation.

Obs. LII. — Adèle P..., ménagère, 43 ans. Entrée salle Saint-Louis le 9 août 1881, lit n° 31. Syphilis contractée au mois de décembre 1879 et soignée dans la salle pendant huit mois. La vulve est saine. Sur le tronc, syphilide érythémateuse à teinte cuivrée. Gencives rouges, hypertrophiées. Nombreuses syphilides érosives dans le pli gengivo-buccal gauche. Rien au palais. Syphilides érosives des bords de la langue. Rien sur les piliers. Ganglions sous-maxillaires. On met la malade aux injections à 5 millig.

26 août. Les syphilides érosives de la langue et du sillon gengivo-buccal sont en voie de disparition complète.

2 septembre. Les syphilides sont guéries.

9 septembre. *Exeat* guérie. 35 injections. Pas de salivation; pas de nodosités; pas de douleur.

Obs. LIII. — Aimée C..., lingère, 22 ans, entrée salle Saint-Louis, lit n° 23, le 21 juin 1881. Nombreux antécédents strumeux. Gourmes, adénites, ophthalmies, blépharite.

Début de la syphilis il y a un mois. Vulve saine; vagin sain. Syphilides papuleuses, papulo-squameuses confluentes des membres et du tronc. Blépharite syphilitique. Adénite cervicale postérieure. Hypertrophie des amygdales avec érosions.

24 juin. La malade est mise aux injections à 5 mililgrammes.

1er juillet. Les syphilides amygdaliennes se réparent. Quelques douleurs à la suite de la première injection mal faite.

8. La syphilide papulo-érythémateuse commence à pâlir.

15. Persistance des syphilides papulo-maculo-squameuses; 6 milligr.

19. Iritis de l'œil droit, avec synéchie inférieure. (Collyre à l'atropine, 4 gouttes.)

22. Même état de l'œil. Les syphilides cutanées persistent; à gauche, trois nodosités douloureuses. 8 milligr.

29. Gale. L'iritis a disparu.

---

Que faudrait-il donc pour que cette idée réussît ? Qu'un homme de votre caractère et de votre situation, cher maître, se mît bravement à sa tête et voulût résolûment le succès.

On vous dira : c'est énormément difficile.

Sans doute, c'est difficile; mais que n'y a-t-il pas de difficile ? Tout est difficile; eh! le beau mérite de n'accomplir que des choses faciles !

Il y a un moyen de réussir, et j'ose vous l'indiquer :

De mai en octobre 1867, aura lieu la grande Exposition internationale.

Profitez de cette circonstance.

Provoquez un Congrès hallérien, à Paris, pour le mois de septembre 1867.

Convoquez-y tous les médecins du monde.

Nommez en France une commission de préparation, afin de donner au Congrès une base de discussion.

Indiquez bien le but de ce Congrès, qui ne peut être que la fondation d'une Société internationale sous ce vocable : *Société hallérienne ;*

Que le but de cette Société est de recueillir et de publier la bibliographie médicale en tous pays.

Essayez, essayez, cher maître ! Osez, osez ! Et je vous promets, pour septembre 1867, un Congrès de cinq cents savants médecins, venus de tous les points civilisés de la terre.

Osez ! osez ! Et vous verrez s'il est mauvais prophète, votre affectueux et respectueux confrère.

Hélas ! Velpeau n'osa pas !

***

*L'amarry*. — Dans une des dernières *Causeries*, on a imprimé amurry au lieu d'amarry. Ce

5 août. L'iritis a reparu, avec un épanchement sanguin dans l'œil. Petite tache sur la cornée. Le cercle péricornéal est très rouge; cornée dépolie. 9 milligr.

La malade entre le lendemain à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Panas.

En tout, 40 injections. Jamais de salivation. Quelques douleurs et deux ou trois petites nodosités (accident arrivé à la seringue de Pravaz).

Obs. LIV. — Léontine M..., 19 ans, cuisinière, entrée salle Saint-Louis, n° 10, le 28 juin 1881. Pas d'antécédents strumeux.

Début de la syphilis il y a deux mois et demi. Sur les grandes et petites lèvres, sur leurs deux faces, sur le capuchon, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques, dont plusieurs érosives. Polyadénite inguinale aphlegmasique. Ganglions épitrochléens. Syphilide érythémateuse du tronc.

2 juillet. Première injection à 5 milligrammes.

8. Les syphilides vulvaires commencent à s'affaisser.

15. Affaissement considérable des syphilides vulvaires.

21. Les syphilides vulvaires ont disparu. La syphilide du tronc pâlit.

29. *Exeat.* Guérie. Total : 27 injections à 5 milligr. Jamais de salivation ; pas de nodosités ; pas de douleur.

Obs. LV. — Blanche D..., 18 ans, doreuse. Entrée le 21 juin, salle Saint-Alexis, lit 34. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents strumeux ni héréditaires. Début de la maladie il y a un an et demi. Grandes lèvres tuméfiées, recouvertes de syphilides papulo-hypertrophiques. A leur surface interne, syphilides ulcéreuses; il en existe aussi au pourtour de l'anus et à la face interne des cuisses. Polyadénite inguinale. Syphilide érythémateuse du tronc. Syphilides érosives des amygdales. Liqueur de van Swieten. Bain de sublimé. Sortie guérie en septembre 1880.

La malade rentre le 21 juin 1881, salle Saint-Alexis, lit 34. Pas de traitement depuis sa sortie. Syphilides papulo-hypertrophiques dans les plis génito-cruraux, sur le capuchon. Folliculite des grandes lèvres. La malade est mise aux injections à 5 milligrammes par jour le 22 juin.

26 juin. La malade est renvoyée pour refus de traitement. Les syphilides vulvaires s'étaient légèrement affaissées. En tout, 5 injections.

Obs. LVI. — Caroline K..., 30 ans, couturière. Entrée le 28 juin, salle Saint-Alexis, lit 25. Nombreux antécédents strumeux (gourme, ophthalmie, déchirure du lobule de l'oreille gauche). Début de la syphilis il y a deux mois. Sur les grandes lèvres, au pourtour de l'anus, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques. Sur le capuchon, deux petites syphilides érosives. Polyadénite inguinale double. Rien à la gorge ni à la peau.

29 juin. Injection à 5 milligr. tous les jours.

---

mot était employé par les anciens auteurs pour désigner la matrice ; il était très usité. Guillemeau s'en sert souvent. Ainsi dans son livre, très curieux (édition de 1643), je lis dans le chapitre XLIV, intitulé : *De l'escréscence deshoneste du clitoris et des nymphes*, le passage suivant où il est question de l'amarry : « Cette epiphise ou caroncule ligamenteuse s'appelle vulgairement clitoris; Hippocrate la surnomme petite colonne; Albucasis, tentigo; Moschius, le symptome de deshonesteté..... Quelquefois aussi le clitoris n'estant pas plus grand qu'il est requis, il surcroit néamoins à l'embouchure de l'amarry une autre partie longue, charneuse, qui s'aivase aucunes fois hors de la nature de la femme à guise d'une queue, c'est pourquoi les Latins l'ont nommée *cauda*, et les femmes qui ont ce mal *caudatæ*. Forestus, en ses observations, rapporte qu'il en a veu une qui l'avait d'une telle grandeur qu'elle surpassait en longueur et grosseur le col d'une oye. Or, cette queue, comme enseigne Aétius, est une substance charneuse qui, naissant de l'orifice de l'amarry, vient à remplir la nature de la femme et sortir quelquefois dehors comme une queue..... » Avant d'en venir à l'opération *manuelle* pour retrancher ces excroissances, Guillemeau propose diverses injections et applications, telles que alun, vitriol, onguent ægyptiac, etc.

***

Un peu d'histoire, voulez-vous? Il s'agit d'un auteur très maltraité par les uns, trop exalté par les autres, et dont la traduction de l'œuvre hippocratique a excité de vives controverses. Mon excellent et libéral ami, le professeur Laforgue, a bien voulu extraire pour moi d'une notice publiée à Toulouse, quelques notes que je m'empresse d'offrir à nos lecteurs.

Gardeil (Jean-Baptiste), né à Toulouse, en 1726, d'une famille honorée du capitoulat, fut membre de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres, professeur de mathéma-

12 juillet. Les syphilides s'affaissent. La malade est forcée de quitter le service. Aucun accident. En tout, 12 injections à 5 milligrammes.

Obs. LVII. — Berthe D..., fleuriste, 18 ans. Salle Saint-Alexis, lit 20. Pas d'antécédents strumeux, ni arthritiques. Très bonne santé; a contracté la syphilis en octobre 1880. Traitée par la liqueur de van Swieten. Rentrée le 21 juin pour syphilides papulo-squameuses et maculeuses du tronc. Syphilides érosives utérines. Syphilide pigmentaire généralisée du tronc. Céphalée. Insomnie. Alopécie. Injection tous les jours à 5 milligrammes. Pas d'accidents.

11 juillet. Les syphilides vulvaires ont complètement disparu; ainsi que les syphilides utérines. Les syphilides cutanées pâlissent considérablement. Petite nodosité à gauche.

16 juillet. *Exeat.* Guérie. En tout, 22 injections à 5 milligrammes.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Avignon communique une note sur l'emploi du goudron comme préservatif contre le phylloxera.

« *Préparation du goudrôn.* — On tamise du sable avec un crible à mailles assez fines, et l'on verse sur ce sable du goudron. Il faut environ 1 litre de goudron pour 15 à 20 litres de sable tamisé. Le sable doit absorber le goudron; aussi l'opération doit-elle être faite avec la chaleur; à un soleil chaud, l'opération est facile. Pour la favoriser et la rendre bien complète, on triture le mélange avec une pelle plate, sur un plancher ou un béton. On répète trois, quatre fois s'il le faut, la trituration, pour rendre le mélange homogène. Une fois séché par l'absorption, le mélange est passé à un crible à mailles un peu plus larges que celles du précédent. Il restera quelques petits grumeaux que l'on triturera, si l'on veut, en y ajoutant un peu de sable. Cela fait, on ajoutera 2 litres de cendres de bois par 20 litres de mélange et on mêlera encore le tout. La cendre joue ici le rôle d'engrais, et elle facilitera l'adhérence de la préparation à la tige de la souche.

*Emploi de la préparation.* — Dans nos contrées, on plante le cep de deux manières c'est ce qu'on appelle le *crochet* et le *barbu.* Le *crochet* est simplement un morceau de sarment, que l'on plante avec un pieu et qu'on laisse en place; s'il réussit, il résiste plus longtemps que le barbu. Le *barbu* est un morceau de sarment que l'on plante en garenne pépinière et que l'on arrache pour le replanter avec ses racines. Le crochet ne produit guère avant la quatrième ou cinquième feuille; le barbu, dès la troisième.

Que l'on plante le barbu ou le crochet, il faut attendre qu'il ait bien pris, c'est-à-dire vers le

---

tique et de médecine en l'Université de cette ville et membre également de l'Académie des sciences de Paris, qui l'admit au nombre de ses membres en 1755, le donnant pour correspondant au célèbre Jussieu. Gardeil n'avait pas alors 29 ans révolus. Il fit ses études au collège de l'Esquille; il voulut ensuite s'associer à la Compagnie de l'Oratoire; il fut reçu et envoyé à Paris au noviciat. Jusqu'à ce moment, il s'était distingué par des travaux et des études multipliées et opiniâtres; il s'adonnait tout à la fois au droit, aux mathématiques, à la médecine; apprenait en même temps le latin, le grec, l'hébreu, l'anglais, l'italien; mais de nouvelles idées vinrent changer une partie de ses projets. Gardeil se lia avec les érudits et les littérateurs qui, à cette époque, dominaient dans la Capitale; le compagnon de d'Alembert, l'ami de Diderot auquel il donnait des leçons de grec, abandonna l'Oratoire et fut affilié au cercle du baron d'Holbach. Il se livra à des passions dont les suites furent pour lui bien cruelles. Nous ne rappellerons pas ici l'anecdote conservée dans les œuvres de Diderot; nous nous contenterons de dire que, si elle est vraie dans son début, la fin en a été indignement altérée. Les philosophes, instruits du changement qui, plus tard, s'opéra dans Gardeil, et de son retour aux principes religieux, employèrent contre lui l'arme de la calomnie.

Vers ce temps, Gardeil fut chargé de rédiger la *Gazette de France;* ce travail ne suffisait pas à son activité; il entreprit de fouiller dans la collection des manuscrits grecs de la Bibliothèque royale; le hasard lui fit découvrir un ouvrage bien remarquable par sa forme : il semblait avoir été copié à dessein de le rendre indéchiffrable; il était écrit sans points, sans accents, sans séparation de mots ni de phrases; mais ce laborieux helléniste eut la patience de débrouiller ce chaos et de le traduire. C'était un roman satirique et piquant fait autrefois contre les mœurs d'une cour licencieuse et qui donnait lieu, dans ce moment, à de justes applications. Cette circonstance fut cause que la traduction ne vit pas le jour, l'auteur ayant

mois de juillet, pour y mettre la préparation de goudron. Si on la mettait au moment de la plantation, neuf plants sur dix périraient.

On verse la préparation dans un trou de 0 m. 10 de profondeur, creusé autour de la souche, et, comme au début la souche est petite, un quart de litre suffit. Chaque année, on élève la dose jusqu'à ce qu'elle atteigne le demi-litre. Il faut la renouveler à chaque printemps et avant la feuille. La préparation doit être ensuite recouverte de terre.

L'odeur persistante du goudron, même dans la terre, éloigne le phylloxera ; s'il veut franchir la préparation, il est asphyxié ou empoisonné.

..... Je pris du papier blanc très uni, j'y formai un cercle avec la poudre de goudron, je mis dans le vide du cercle quelques phylloxeras. Ils se gardaient bien de trop approcher de la poudre, et lorsqu'ils y pénétraient, je les en sortais sans mouvement, devenus couleur marron, de couleur jaune qu'ils étaient..... »

M. G. DE LALAGADE adresse à M. le secrétaire perpétuel une lettre sur les bruits qui se produisent dans un circuit téléphonique par les temps d'orage.

« A propos de la communication récente de M. Colladon, concernant les expériences de M. Thury sur les bruits du téléphone pendant les orages, je demande à l'Académie la permission de lui rappeler les études que j'ai faites sur le même sujet, et que j'ai eu l'honneur de lui adresser le 5 août 1878.

Dès le mois de juin 1878, époque à laquelle j'avais installé en pleine campagne une ligne téléphonique d'environ 800 mètres de longueur, bien éloignée de tout fil télégraphique, je pus constater que le téléphone faisait entendre des crépitations rapides, revenant par intervalles plus ou moins éloignés. Voici du reste ce que je disais dans ma note d'août 1878 :

« ..... Si pendant un moment on écoute dans les téléphones, le silence est parfait, seulement de temps en temps on entend une foule de pétillements précipités, qui cessent brusquement après un claquement plus ou moins sec... Le phénomène varie selon les heures de la journée, l'état du ciel, l'état hygrométrique de l'air, etc., etc... Dès que le baromètre baisse, que l'atmosphère, quoique sans nuages, est orageuse durant tout le jour, alors l'intensité et la fréquence des bruits sont presque uniformes... Durant un orage, ces bruits sont précipités, intenses surtout avant qu'un éclair jaillisse... J'attache une importance au phénomène que j'indique, car il donne une autre preuve de l'exquise sensibilité du téléphone, tout en lui assignant une nouvelle utilité. »

Je pensai d'abord que ces bruits étaient dus seulement aux décharges successives du conducteur, après un certain degré de saturation électrique que l'atmosphère lui communiquait. J'éloignai, comme cause, les courants telluriques qui sont presque continus, leurs variations n'étant pas assez rapides pour produire ces bruits secs ou pétillements perçus dans le téléphone.

Ces courants étaient réellement des courants induits, et voici comment je m'en assurai. Du sommet d'une terrasse, située sur les combles de mon habitation, je tendis un fil galvanisé

---

consenti à la supprimer; Gardeil, voulant alors se vouer à la médecine, conçut le projet d'y joindre l'étude des sciences; il devint habile chimiste, savant physicien et, par-dessus tout, il aima la botanique, et l'étudia sous Bernard de Jussieu. Ce dernier cherchait à l'attacher à Paris, où il eût pu fournir une carrière brillante; mais l'amour de la patrie se réveilla dans son cœur; il abandonna la fortune, et peut-être la gloire, pour venir à Toulouse chercher le repos au milieu des amis de son enfance; sa réputation l'avait devancé dans sa ville natale; il n'y éprouva pas le sort de Cujas; son mérite fut reconnu et récompensé. Il obtint les chaires qu'il disputa; il commença d'abord par professer la médecine, et ne tarda pas à occuper le premier rang parmi ses collègues. . . . . .

Ces extraits suffisent pour faire connaître Gardeil, qui, pendant sa longue carrière, se livra à de nombreux travaux, et consacra trente ans de sa vie à la traduction d'Hippocrate. On a de lui : 1° traduction des œuvres d'Hippocrate, 4 in-8, Toulouse 1801; 2° *Éléments de physiologie, de pathologie et de thérapeutique;* 3° Lettre à Bernard de Jussieu sur le tripoli insérée dans le Recueil de l'Académie des sciences de Paris, et plusieurs ouvrages manuscrits, entre autres trois ouvrages traduits du grec avec une rare élégance : le *Banquet de Xénophon*, une Lettre de Platon à Dion, l'*Œdipe* de Sophocle, etc., etc. Gardeil vécut 82 ans. Pendant sa longue vieillesse, il ne ressentit aucune infirmité, son esprit fut toujours enjoué, sa tête saine, son cœur rempli d'une piété profonde et tolérante. L'auteur de la notice l'a beaucoup vu, dans les dernières années de sa vie, chez M. Bégué, botaniste habile. Là nous aimions, dit-il, à causer avec Gardeil; ses réponses étaient gaies, précises, instructives. Quelquefois, avec le fils de son ami, nous laissions apercevoir la vénération que ses vertus nous inspiraient : « Mes enfants, nous disait-il dans l'idiome patois qu'il se plaisait à employer, si vous aviez connaissance de mon existence passée, vous rabattriez beaucoup de l'estime que vous avez

de 2 millim. de diamètre et de 130 mètres de longueur environ; chaque extrémité de ce fil communiquait aux tuyaux du gaz. Je plaçai dans le circuit, sur la terrasse même, une paire de téléphones, et là, lorsqu'un orage approchait ou passait à l'horizon, je pus constater qu'à chaque éclair même des plus éloignés, correspondaient des crépitations suivies aussitôt d'un bruit sec caractéristique. J'observai aussi de pareils bruits par les éclairs dits de chaleur, et même à toutes les heures de la journée, surtout à celles qui précédaient un orage.

C'est dès ce moment que je cherchai à amplifier ces bruits ou craquements, à l'aide du microphone, afin de n'être plus obligé d'écouter directement l'oreille placée sur le pavillon du téléphone. J'ai obtenu ce résultat en disposant, sur la plaque du téléphone récepteur des bruits, deux petits microphones ou des fragments de charbon entassés : en augmentant graduellement les éléments de la pile de ces microphones, on entendait le moindre bruit ou pétillement à la distance de 1 mètre et plus du second téléphone intercalé dans le circuit.

Cette disposition me sert encore aujourd'hui et est installée dans une chambre très silencieuse, sur une table dont les pieds sont posés sur des disques de plomb et de caoutchouc, pour éviter les vibrations étrangères.

Je le répète, en insistant, j'ai toujours entendu sortir du téléphone ces sortes de pétillements, non seulement pendant les orages proches ou très éloignés, mais encore, quoique plus rarement et avec beaucoup moins d'intensité, pendant les temps couverts de l'hiver, et quelquefois même par de belles journées presque sans nuages. »

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juin 1881. — Présidence de M. Charrier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal des sages-femmes*, la *Revue des travaux scientifiques* (juin 1881).

Une brochure du docteur Wasseige : *Ablation d'une tumeur kystique d'une partie de l'utérus et de l'ovaire gauche; opération très compliquée; guérison* (Bruxelles, 1880).

Une note de M. Laure (d'Hyères), membre correspondant : *Erreurs, omissions, illusions, dans le traitement de la phthisie.*

M. le docteur Laissus, membre correspondant, envoie à la Société les *Eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers* (Paris, 1881).

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remerciements de M. le docteur Marchal, nouvellement nommé membre titulaire.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Baillarger, qui, tout en recon-

---

pour moi. Gardez-vous des mauvaises liaisons, et surtout rappelez-vous que, sans la religion, il n'existe ni vertu parfaite ni suprême contentement. »

***

L'Italie serait-elle prise du délire des grandeurs ? Pour faire suite à mon avant-dernière *Causerie*, voici ce qui m'arrive encore du pays où fleurit l'oranger :

Nice, le 10 octobre 1881.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans votre feuilleton du samedi 8 courant, vous avez fait connaître à vos lecteurs les passages les plus intéressants d'un prospectus venu d'Italie et intitulé : « Aréopage des décorés de toutes les nations ».

J'ai reçu pour ma part un autre prospectus ainsi intitulé : « Statut (*sic*) de la (*sic*) Association des benemeriti italiani, siège central à Palerme (Italie), seconde édition française. Palerme, ...... 1881 ».

De plus, une lettre datée du 30 août 1881, dans laquelle on m'informe que le conseil dirigeant de cette Association, dans sa dernière séance, a décidé de me nommer membre ordinaire, vu les mérites qui me distinguent, mérites qui, en temps utile, seront spécifiés dans le diplôme.

On a la bonté d'ajouter qu'à peine j'aurai envoyé mon acceptation, en me conformant à l'article 91 du Statut (*sic*) on me fera parvenir les documents relatifs au titre qui m'est conféré.

Signé en caractères d'imprimerie :

« *Le Président*, Bandiera ».

naissant qu'il a tous les droits statutaires pour être nommé membre honoraire, demande expressément à conserver le titre de membre titulaire *à vie* de la Société, à laquelle il appartient *depuis l'année* 1842.

Cette lettre est accueillie par d'unanimes applaudissements.

M. LE PRÉSIDENT charge M. de Beauvais, secrétaire général, d'exprimer à M. Baillarger tous les sentiments de gratitude de ses dévoués collègues pour ce nouveau et précieux témoignage d'estime et de sympathie.

Le journal la *Ville de Paris* adresse une lettre dans laquelle il propose à la Société de lu ouvrir ses colonnes pour la publication de ses comptes rendus.

M. COLLINEAU dépose sur le bureau une brochure dont il est l'auteur, intitulée : *De l'hygiène scolaire; conférence faite à la Société de l'instruction élémentaire.*

—

M. THEVENOT, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. J. Besnier et Fraigniaud, fait un rapport sur le mémoire lu par M. le docteur Budin, sur le diagnostic pendant la grossesse de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Les conclusions de ce rapport sont votées et adoptées.

—

M. LARCHER, au nom de la commission nommée dans la dernière séance, donne lecture d'un rapport sur l'organisation d'un concours pour le prix bisannuel fondé par feu Duparcque.

Messieurs,

Dans la séance du 8 novembre 1879, M. Blondeau, président, nous a, vous vous en souvenez, donné lecture d'un extrait du testament dans lequel notre regretté collègue, M. Duparcque, lui-même ancien président de notre Société, nous laissait un legs de dix mille francs, destiné à la fondation d'un prix bisannuel qui doit porter son nom.

A la suite des démarches nécessaires faites ultérieurement, avec succès, par notre conseil d'administration, pour que la Société, reconnue comme établissement d'utilité publique, fût autorisée à accepter le bénéfice des généreuses intentions de notre vénéré collègue, M. le Président a pu, enfin, dans la séance du 28 mai 1881, vous inviter à nommer une commission ayant pour mission d'examiner l'ensemble des diverses questions relatives à l'institution du prix Duparcque; et dans cette même séance, après avoir décidé que M. le président Charrier, et M. le secrétaire général de Beauvais, en feraient de droit partie, vous avez élu, pour la compléter, MM. J. Besnier, A. Forget, O. Larcher, Reliquet et Thevenot, en invitant les membres de cette commission à vous présenter, dans le plus bref délai, un rapport sur le résultat de leurs délibérations.

---

L'article 91 dit : « Les associés payeront, pour droit d'entrée, la somme de *dix francs*, une fois donnée..... »

Plus haut, à l'article 84, je lis : « Sont membres ordinaires, les Italiens qui ont bien mérité et qui résident à Palerme. »

Eh bien! on veut me nommer membre ordinaire, et je ne suis pas Italien; je ne sais en quoi j'ai bien mérité..... auprès de cette Association, et enfin je ne réside pas à Palerme.... Mais il se pourrait que j'eusse 10 francs à consacrer à l'acquisition de quelque beau diplôme dans lequel on vanterait tous mes mérites passés, présents et futurs.

Enfin, que pourrai-je ajouter?

Je me borne à vous envoyer le « Statut » de cette Association pour que vous en preniez connaissance, vous priant de me le renvoyer dès qu'il vous aura servi, pour me donner votre appréciation dans un de vos feuilletons toujours si intéressants et instructifs.

Permettez-moi, avant de finir, de bien vous recommander de taire mon nom, qui n'a d'ailleurs rien à faire dans tout ceci.

Veuillez agréer, très honoré confrère, etc. X...

Je biffe donc la signature, mais pourquoi m'écrire si l'on ne veut pas être connu? Quant aux statuts, provisoirement je les garde.

***

Voyez comment un seul instant de distraction suffit pour vous faire commettre une grosse bévue. La lettre suivante, que je publie mon cœur repentant, vous en donne un exemple :

Mon cher confrère,

Je lis dans votre feuilleton de ce jour (n° 142, 7e et 8e lignes) : « Nous avons un moyen sûr

Messieurs,

Votre commission, s'étant réunie, comme elle le devait, le 4 juin dernier, avec le regret de ne pouvoir profiter du concours éclairé de M. A. Forget, retenu loin d'elle par une indisposition, a entendu successivement les propositions et les observations de chacun des membres présents, et, m'ayant confié le soin d'en prendre note exactement, elle m'a chargé de vous présenter aujourd'hui, en son nom, les propositions suivantes.

Article I[er]. — La Société de médecine de Paris, mettant à profit le legs que lui a généreusement fait l'un de ses membres les plus regrettés, institue un prix, qui, sous le nom de *Prix Duparcque,* sera décerné, tous les deux ans, au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, écrit en langue française, à la condition toutefois qu'il n'ait pas été publié depuis plus de deux ans, s'il s'agit d'un ouvrage imprimé.

Art. II. — La Société se réserve de désigner le sujet mis au concours, toutes les fois qu'elle le jugera convenable.

Art. III. — Les membres honoraires et les membres titulaires sont seuls exclus du concours.

Art. IV. — Le concours est ouvert, chaque fois, le 1[er] janvier de l'année qui précède celle dans laquelle le prix doit être décerné.

Art. V. — Les travaux destinés au concours doivent être parvenus au secrétariat, le 1[er] janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné.

Art. VI. — Dans la première séance qui suit la clôture du concours, la Société procède à l'élection (au scrutin secret) des membres titulaires, au nombre de cinq, qui seront chargés de juger les ouvrages envoyés au concours et de présenter sur eux un rapport général, qui sera déposé dans la première séance d'octobre, les conclusions devant être votées, au plus tard, dans la dernière séance de novembre.

Art. VII. — Le prix consistera en une somme de *six cents francs et une médaille d'or*, de la valeur de cent francs, portant inscription, sur l'une de ses faces, des mots suivants : *Société de médecine de Paris,* et sur l'autre : *Prix Duparcque,* les noms du lauréat et le millésime.

Art. VIII. — Dans le cas où le prix aurait été décerné à l'auteur d'un travail manuscrit, cet ouvrage pourra, suivant les conclusions de la Commission, être imprimé en totalité ou en partie et un tirage à part (de cent exemplaires) sera, en pareil cas, accordé à l'auteur, à la condition qu'il en ait fait la demande dans un délai de trois semaines à partir du jour où les propositions de la Commission auront été votées par la Société et portées à sa connaissance.

Art. IX. — Le prix ne sera jamais partagé.

Art. X. — Dans le cas où le prix n'aurait été décerné à aucun des concurrents, la totalité de la somme serait ajoutée à la valeur du prix à décerner deux ans plus tard.

---

de détruire le ver blanc. » Quel est ce moyen, grand Dieu! Amateur de jardins, comme vous, je ne le connais pas! Indiquez-le, je vous en prie, à votre vieux admirateur, peut-être à votre plus ancien abonné, ravagé, impitoyablement volé, cette année, par cette affreuse petite bête.

Merci d'avance de votre affectionné et reconnaissant, D[r] DESMARRES.

Paris, 15 octobre 1881.

Eh! non, très distingué confrère, je ne connais pas de moyen *sûr* de tuer cette affreuse larve du hanneton, à moins de la tenir étroitement serrée entre les deux branches d'une pincette, ou de la couper en deux d'un coup de bêche. Cette année même, j'ai eu à gémir sur les désastres de cette ignoble bête; mais j'espère que l'auteur de cet article, plus libéral, nous donnera le secret que nous cherchons.

D[r] SIMPLICE.

---

CONCOURS. — La question suivante est mise au concours par l'Académie de médecine de Belgique : « Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme aux points de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. » Les concurrents devront utiliser les données fournies par l'anatomie pathologique et par les expertises médico-légales, et apprécier la limite qui sépare l'ivresse de la folie ainsi que la responsabilité de l'ivrogne dans les actes dont il est l'auteur. Les mémoires devront être adressés au plus tard le 15 février 1883. Le prix est d'une valeur de 1,500 francs.

Art. XI. — Le prix sera décerné, tous les deux ans, en séance publique et solennelle, le quatrième samedi de décembre.

Article additionnel. — Le prochain concours s'ouvrira le premier avril 1882, et les travaux des concurrents devront être parvenus au secrétariat avant le 1er avril 1883.

Messieurs,

Les membres de votre Commission, après avoir unanimement adopté l'esprit et la rédaction des articles dont je viens de vous donner lecture, ont également, à l'unanimité, décidé de soumettre à votre approbation l'idée de proposer, au moins pour la première fois, un sujet particulier de prix aux concurrents, et, dans la pensée d'honorer spécialement la mémoire du fondateur du prix, de choisir un sujet appartenant au domaine de la gynécologie, où Duparcque s'était acquis une durable notoriété.

En conséquence, Messieurs, nous avons l'honneur de proposer, pour sujet de prix à décerner le quatrième samedi d'octobre 1883, l'*Étude des troubles de la miction se rattachant aux divers états, physiologiques ou pathologiques, de l'utérus.*

Sur la demande de M. Perrin, la Société décide que le rapport de M. Larcher sera autographié et envoyé aux membres honoraires et aux titulaires, de manière à pouvoir être discuté utilement dans la prochaine séance.

---

M. Duroziez fait la communication suivante : *De la palpation des tumeurs facilitée par le cérat.*

Dans un cas particulier, nous avons été frappé de la netteté avec laquelle nous percevions une petite tumeur qui nous échappait quand la surface explorée n'était pas enduite de cérat. Nous ne prétendons pas qu'il en sera de même pour toutes les parties du corps; le procédé est utile là où la peau ne glissant pas absorbe toute la finesse du toucher. Si la peau est mobile, le tissu cellulaire graisseux fait fonction de cérat pour le doigt explorateur; il faut supprimer les résistances qui émoussent le tact entre le doigt et la tumeur. Moins le doigt trouvera de résistance à vaincre, mieux il appréciera les saillies placées profondément; c'est ainsi que, pour la palpation du ventre, nous nous efforçons de relâcher la paroi. Il y aurait avantage à graisser le doigt pour palper les parties externes, comme on le fait dans un autre but pour les parties internes.

C'est à la plante du pied que nous avons constaté le bénéfice du procédé que nous indiquons. Nous citerons l'observation suivante, qui ne manque pas d'intérêt sous d'autres rapports :

M. L..., remontant chez lui à l'aide de l'ascenseur, le 22 février 1881, a le pied pris entre la plaque de fonte du palier et le sol ferré de l'ascenseur. On le dégage. Le pied n'est pas broyé, mais a été fortement serré; une dépression profonde existe entre l'astragale et le scaphoïde. M. Périer constate à ce niveau une eschare linéaire de la peau et de l'anesthésie à partir de ce point jusqu'à la racine des trois premiers doigts. On applique des cataplasmes froids pendant quelques jours, puis tièdes, puis un bandage roulé, puis le massage. Assez vite, le blessé reprend ses occupations à la Bourse; mais, à la plante du pied, nous constatons une exostose au niveau de l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme, exostose qui est sentie très facilement à l'aide de la main armée de cérat pour le massage, et qui échappe à l'attention éveillée, le pied n'étant pas graissé. Nous n'insistons pas sur les détails. Nous abandonnons notre blessé vers le milieu de juin; à peine sent-il un peu de gêne dans la marche, l'anesthésie a fini par disparaître; mais il reste cette exostose, de la grosseur d'un très gros pois un peu étalé, qui a résisté aux compressions et au massage énergique et répété.

Comment M. L... n'a-t-il pas eu le pied disloqué, luxé? La main à plat ne passe pas là où le pied a été pris. L'ascenseur a été un peu arrêté; le pied s'est étalé; le fer s'est engagé derrière le scaphoïde, les parties molles ont fait coussin; enfin, notre blessé marche bien; s'en ressentira-t-il encore longtemps?

---

M. le docteur Devalz, ancien interne des hôpitaux, donne lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, d'un mémoire intitulé : *De la curabilité du tubercule dans la phase embryonnaire de son existence, et du rôle des eaux d'Eaux-Bonnes dans la guérison de cette néoplasie.* Une commission, composée de MM. Dubuc, Chervin et Marchal, rapporteur, est chargée d'examiner les titres du candidat.

---

*Élection.* — M. le docteur Caradec fils (de Brest) est nommé membre correspondant à l'unanimité des votants.

La lecture de la suite du mémoire de M. Boucheron, sur l'anémie par intoxication uricémique, est remise à quinzaine.

— La séance est levée à cinq heures.

*Le Secrétaire annuel*, Dr THORENS.

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DU NOMA. — BAZIN.

Pour arrêter les progrès de la gangrène de la bouche, chez les enfants, on a recours le plus tôt possible aux caustiques. S'il s'agit de cautériser l'intérieur de la cavité buccale, on donne la préférence aux caustiques liquides et plus particulièrement au nitrate acide de mercure, aux acides chlorhydrique, sulfurique, acétique. Ces substances sont portées sur les points malades au moyen d'un pinceau ou d'une petite éponge, et on a soin de préserver la langue et les dents, par l'interposition d'une cuiller ou d'une lame de carton. — On lave fréquemment la bouche avec du coaltar saponiné, et on panse les ulcérations avec des bourdonnets de charpie imbibés de cette substance. — L'enfant doit être établi dans une chambre vaste et aérée; on le place sur le flanc, en inclinant la tête du côté malade, afin de favoriser l'écoulement des liquides hors de la bouche. Pour relever ses forces, on lui administrera des boissons amères ou acides, du vin de Malaga. On prescrira une nourriture substantielle, composée pour les très jeunes enfants, de lait et de bouillon mélangés à parties égales, et pour les enfants plus âgés, de bouillons, de potages et de hachis de viande. Enfin on recommandera l'usage des toniques et en particulier du quinquina, soit en infusion, soit en sirop, ou mieux encore sous la forme d'extrait, à la dose de 2 ou 3 grammes par 24 heures. Le sulfate de quinine sera également employé avec avantage dans les mêmes cas. — N. G.

## COURRIER

LE COMTE BRANICKI. — Le comte Branicki a laissé en mourant le *quarantième* de sa fortune aux pauvres de Paris.

La fortune du défunt s'élevant à environ 8 millions, il en résulte que l'Assistance publique va hériter d'environ 200,000 francs.

A la suite d'une entente avec les héritiers du comte Branicki, il a été convenu que cette fortune serait employée à la création de six lits dans l'un des établissements hospitaliers de la capitale.

Ce n'est pas la première fois que le comte Branicki avait témoigné de sa sympathie pour la France.

En 1871, il avait donné 500,000 francs pour les blessés de la guerre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons appris, trop tard pour l'annoncer dans notre numéro de jeudi, la mort inattendue de M. le docteur Houel, professeur agrégé à la Faculté, conservateur des musées et collections. Cet homme excellent sera unanimement regretté par tous ceux qui l'ont connu. Ses obsèques ont eu lieu hier 21 octobre, à l'église Saint-Sulpice.

M. Houel ayant été président de la Société de chirurgie, suivant l'usage, la séance a été levée en signe de deuil immédiatement après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance.

MISSION SCIENTIFIQUE EN SUÈDE ET NORWÈGE. — Une mission scientifique composée de MM. Barrois, de Guéru Rebuer, naturalistes, et Phelbon, météorologiste, est revenue en France. Partie du Havre au printemps dernier, pour visiter la Suède et la Norwège, la mission est débarquée à Dunkerque, rapportant cinq cents photographies des animaux vivants, des plantes et des objets du pays, très précieux au point de vue ethnographique.

— M. le docteur Onimus fera à l'Exposition internationale d'électricité, le lundi 24 octobre, dans la salle des Congrès (premier étage) une conférence sur les appareils électro-médicaux exposés. Cette conférence étant surtout destinée aux étudiants en médecine, M. le docteur Onimus la fera le soir, de 8 heures 1/2 à 9 heures 1/2, au lieu des heures habituelles du matin.

— On demande un médecin DOCTEUR dans un chef-lieu de canton du centre de la France. Sera seul ; situation excellente.

S'adresser au bureau du journal.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

## De l'hôpital de Lourcine.

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1);

Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881,

Par M. le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Huitième série (6 milligrammes par jour).

OBS. LVIII. — Clotilde D..., 20 ans, blanchisseuse, salle Saint-Alexis, lit n° 8. Entrée le 5 juillet. Syphilis contractée il y a trois mois, soignée à la Pitié pendant trois semaines par la liqueur de van Swieten. *État local :* Syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve. Syphilides papulo-squameuses du tronc. Polyadénite inguinale. Injection à 6 milligr.
7 juillet. Refus de traitement. En tout 1 injection.

OBS. LIX. — Elisa P..., 17 ans, couturière. Entrée le 5 juillet 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 22. Chancre infectant de la grande lèvre gauche; sur la lèvre droite, à la même hauteur, érosion symétrique, comme à gauche, à fond lisse, parcheminée. Chancre ayant eu deux points nfectants. Polyadénite inguinale. Pas de syphilides cutanées ni vulvaires.
6 juillet. 6 milligrammes.
11 juillet. Le chancre se cicatrise.
13 juillet. Amélioration notable. Légère syphilide érythémateuse du tronc.
21 juillet. Renvoyée pour inconduite. En tout, 15 injections.

OBS. LX. — Reine G..., 16 ans, demoiselle de café, salle Saint-Alexis, lit n° 16. Entrée le 5 juillet. Quelques antécédents strumeux et herpétiques. Syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve, des grandes lèvres; petites syphilides érosives du clitoris. Érosion de la face interne de l'anus (sodomie). Syphilide cutanée, buccale et amygdalienne. Ganglions épitrochléens. Adénite cervicale; polyadénite inguinale aphlegmasique.
6 juillet. Première injection à 6 milligrammes.
11 juillet. Les syphilides du tronc pâlissent.
18 juillet. La vulve est saine. Les syphilides cutanées disparaissent.
26 juillet. Le vitiligo du cou seul persiste.
1er août. Petite syphilide érosive du bout de la langue.

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 et 22 octobre.

# FEUILLETON

## À PROPOS DU RAILWAY TRANSSAHARIEN.

### RÉFLEXIONS MÉDICALES ET OBSERVATIONS HYGIÉNIQUES.

La question des voies de communication qui établiront dans l'avenir des relations directes entre l'Afrique septentrionale et le Sénégal ne présente pas seulement un intérêt politique et commercial. Au point de vue médical, ces entreprises ne soulèvent pas d'objections, car les médecins, tous, par éducation, hommes de progrès, et, par profession, hommes d'initiative, sont les premiers à adopter des idées larges et généreuses; néanmoins, elles auront des conséquences dont il est inutile de mesurer l'étendue et de calculer la valeur, pendant la période des études préparatoires de ces gigantesques travaux. La brochure (1) du docteur Masse a pour but de montrer les dangers à éviter relativement à l'hygiène internationale; les précautions à prendre pour la santé du nombreux personnel qui sera employé dans ces entreprises, et enfin de montrer la noble mission et le rôle civilisateur du médecin dans ces contrées infécondes.

C'est donc une brochure dont l'actualité est incontestable, et qui emprunte une grande valeur au nom de celui qui en est l'auteur. Médecin distingué de notre armée, le docteur

(1) *A propos du railway transsaharien. — Réflexions et observations hygiéniques et médicales*, par le docteur Ch. Masse, médecin principal de 1re classe. Paris, 1881; Calmann-Lévy.

28 août. *Exeat.* Complètement guérie. Jamais de salivation ; pas de douleurs locales ; pas de nodosités. En tout, 38 injections.

Obs. LXI. — Justine M..., 23 ans, journalière. Salle Saint-Alexis, lit n° 30. Entrée le 21 juin 1881. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents strumeux. Syphilis remontant à cinq mois ; traitée à Saint-Louis pendant deux mois et demi avec la liqueur de van Swieten. Les grandes lèvres sont tuméfiées, surtout à droite ; à leur face interne, nombreuses syphilides légèrement pustuleuses, circonscrivant toute la lèvre droite. Rien à la vulve. Polyadénite inguinale ; syphilide maculeuse, légèrement cuivrée, du tronc et des membres ; quelques syphilides papuleuses disséminées ; syphilides érosives des deux amygdales. Sternalgie par périostose de l'articulation de la deuxième côte avec le sternum.

22 juin. Injection à 6 milligrammes.

5 juillet. Petite eschare. L'aiguille à injection s'est brisée.

9 juillet. Les syphilides cutanées sont en vraie voie de disparition.

18 juillet. Les syphilides vulvaires ont disparu. Quelques nodosités.

25 juillet. Adéno-pelvi-péritonite adhésive du cul-de-sac postérieur.

1er août. Disparition complète des syphilides vulvaires et cutanées. A partir de ce jour, les injections ne sont plus faites que tous les deux jours.

30 août. *Exeat.* Guérie. Jamais de salivation ni de stomatite. A la suite de piqûres mal faites, quelques petites nodosités non douloureuses. En tout 53 injections.

Obs. LXII. — Mathilde L..., 16 ans, couturière. Entrée le 21 juin 1881, salle Saint-Alexis, lit 44. Pas d'antécédents strumeux ni arthritiques. Début de la syphilis il y a un mois et demi. Alopécie ; insomnie ; courbature ; céphalée. Au pourtour de l'anus, petites syphilides papulo-hypertrophiques ; à la face interne et au sommet des grandes lèvres, syphilides érosives. Polyadénite inguinale aphlegmasique. Syphilides papulo-squameuses et papuleuses des membres ; syphilides érosives multiples des amygdales et de la lèvre inférieure.

22 juin. Injection de peptone mercurique à 6 milligrammes.

29 juin. Les syphilides périanales s'affaissent ; les syphilides des membres pâlissent ; les syphilides des amygdales sont en grand nombre cicatrisées. Pas d'accidents locaux.

11 juillet. *Exeat.* Guérie. Pas de nodosités ; pas de salivation ; pas de douleur. En tout, 19 injections à 6 milligrammes.

Obs. LXIII. — Blanche L..., 17 ans, modiste. Entrée à la salle Saint-Alexis, le 5 juillet 1881, lit 1. A contracté la syphilis au mois de mars. Pas d'antécédents strumeux ni arthritiques. Syphilides papulo-hypertrophiques, dont quelques-unes érosives sur les grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux, au pourtour de l'anus. Polyadénite inguinale non douloureuse. Syphilides papulo-squameuses du tronc et quelques syphilides érosives des amygdales.

6 juillet. Première injection à 6 milligrammes.

---

Masse a acquis par un séjour prolongé dans le sud de l'Algérie, la connaissance parfaite du climat ; l'expérience des races indigènes et des peuplades du Sahara. Il était opportun de publier ces réflexions médicales et hygiéniques ; de les soumettre non seulement au corps médical, mais de les faire connaître aussi de nos concitoyens et de nos hommes politiques, toujours trop enclins à se désintéresser de ce qui concerne la santé publique.

Et cependant, suivant les expressions du docteur Masse : « Ne rien livrer au hasard doit être désormais notre devise dans ces régions inhospitalières. » La science, dont le médecin sera longtemps encore le seul représentant autorisé auprès de ces populations barbares, pourra transformer leur état social. Chez ces imaginations mobiles, superstitieuses et crédules à l'excès, la médecine, par ses bienfaits immédiats, fera naître des sentiments d'admiration, quelquefois même de reconnaissance, et préparera la voie à la civilisation.

Arracher par la puissance de nos armes ces contrées infécondes aux tribus pillardes du Sahara et du Soudan, les soustraire aux violences des agitateurs, leur donner la sécurité indispensable aux entreprises commerciales, imposer le respect et la crainte de notre drapeau à des tribus dont l'état social est encore primitif, est la première partie de notre tâche. Mais celle-ci une fois accomplie, notre mission civilisatrice, plus difficile encore que la conquête, nécessitera l'activité de tous les dévouements ! Seule la science, en prodiguant ses merveilleux bienfaits, pourra nous acquérir l'affection de ces populations, élever leur niveau moral et nous mériter leur reconnaissance. Tels sont les moyens dont le docteur Masse se fait l'éloquent avocat, avec cette autorité que donne l'expérience d'un long séjour en Algérie, et du contact permanent, par ses devoirs professionnels, avec les populations du Sahara et du Soudan, qui habitent ou qui fréquentent les régions les plus méridionales de nos possessions.

Apprécier l'importance commerciale de cette extension de territoire qui aura pour consé-

11 juillet. Les syphilides vulvaires se sèchent; les syphilides cutanées pâlissent. Pas de nodosités.

22 juillet. Les syphilides vulvaires et périanales ont disparu complètement; les syphilides du tronc ont disparu également, ainsi que les syphilides amygdaliennes.

28 août. *Exeat.* Guérie. Aucun accident. En tout, 53 injections à 6 milligrammes.

Obs. LXIV. — Augustine C..., 16 ans, ménagère. Entrée le 5 juillet, salle Saint-Alexis, lit 35. Pas d'antécédents strumeux ni héréditaires. Début de la syphilis il y a un mois. Tuméfaction scléreuse considérable des grandes lèvres. La grande lèvre gauche présente à sa partie supérieure de nombreuses syphilides érosives à aspect diphthéroïde. Syphilides érosives de l'anus. Syphilides papulo-squameuses et papuleuses des membres et du tronc. Insomnie; céphalée; courbature.

8 juillet. Première injection à 6 milligrammes.

11 juillet. Les syphilides vulvaires s'affaissent; les syphilides du tronc persistent.

25 juillet. Les syphilides vulvaires sont guéries; les syphilides cutanées pâlissent.

8 août. La malade sort complètement guérie. Pas de salivation; pas de nodosités. Aucun accident. En tout, 33 injections.

Obs. LXV. — Ermance H..., 17 ans, domestique. Entrée salle Saint-Alexis, lit n° 10, le 5 juillet 1881. Quelques antécédents strumeux et arthritiques. Sur les grandes lèvres, à l'anus, à la face interne des cuisses, dans les plis génito-cruraux, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques dont quelques-unes érosives; à la face interne des petites lèvres, syphilides érosives, quelques-unes sur le capuchon. Vagin sain. Syphilide érythémateuse du tronc.

6 juillet. Injection de peptone mercurique à 6 millig.

11 juillet. Les syphilides commencent à s'affaisser. Pas de nodosités.

21 juillet. La malade sort sur sa demande très améliorée. Les syphilides vulvaires ont disparu, seules les syphilides du tronc persistent. Pas d'accidents. En tout, 15 injections.

Obs. LXVI. — Léonie S..., 19 ans, cuisinière. Entrée le 5 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 28. Pas d'antécédents strumeux. Début de la syphilis il y a deux mois (un seul coït). Sur les grandes lèvres, à leur face interne, sur les petites lèvres, syphilides papulo-hypertrophiques et papulo-érosives; syphilides papuleuses vaginales et utérines.

6 juillet. Première injection, 6 millig.

25 juillet. Les syphilides vulvaires sont complètement affaissées; les syphilides vaginales persistent.

1er août. Les syphilides vaginales commencent à disparaître ainsi que les syphilides utérines.

8 août. *Exeat.* Guérie. Pas de salivation ni de stomatite. En tout, 30 injections.

---

quence la prise de possession des pays intermédiaires entre le Sénégal et l'Algérie, est du domaine de nos ingénieurs et de nos hommes politiques; il n'y a donc pas lieu de nous y arrêter ici. Mais la conquête et l'occupation permanente de certains points stratégiques, l'ouverture des voies de communication rapide à travers ces vastes régions auront pour l'Europe une importance médicale considérable au point de vue de la propagation des épidémies. De plus, d'autres questions résulteront du séjour prolongé, sous ces climats incléments, des nombreuses garnisons et des légions d'ouvriers employés à protéger ou à construire les routes. Enfin, au point de vue des voyageurs qui dans l'espace de quelques jours se transporteront des régions froides de l'Europe sous l'équateur et dans les contrées les plus chaudes du globe, il y aura lieu de tracer des règles d'hygiène.

A ces divers titres, le docteur Masse introduit devant l'opinion publique particulière cette cause médicale trop négligée par les avocats des projets actuellement en discussion. Éliminé comme toujours des commissions, grâce à cette brochure, l'élément médical « aura voix con- « sultative devant le pays qui prononcera en dernier ressort. En cette circonstance comme « en tant d'autres, la science a ses privilèges que l'autorité ne saurait méconnaître. » Comme l'auteur le dit avec raison : « C'est un droit pour le médecin de parler des choses de sa com- « pétence en toute liberté. n'ayant pour frein que le sentiment du devoir. Le bien public est « sa plus noble préoccupation... Il se met au service du pays et de la société parce que telle « est sa mission. » Cette énergique et fière revendication de notre confrère sera peut-être entendue, si tant est qu'il existe une voix assez puissante pour secouer l'apathie habituelle de nos concitoyens et des administrateurs de notre pays, quand il s'agit de questions de ce genre.

Deux obstacles, l'inclémence du climat et l'insuffisance de l'eau, seront certainement

Obs. LXVII. — Marie L..., 17 ans, domestique. Entrée le 24 mai 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 7, pour un chancre infectant de la petite lèvre droite. Le 11 juillet, apparition de syphilides papulo-hypertrophiques sur le bord libre des grandes lèvres. Polyadénite inguinale double aphlegmasique.

11 juillet. Première injection à 6 millig.

17 juillet. Les syphilides s'affaissent.

1er août. Les syphilides vulvaires continuent à s'affaisser, mais persistent néanmoins.

22 août. Toutes les syphilides ont disparu.

17 septembre. La malade sort guérie pour entrer au couvent Saint-Michel. Jamais d'accidents. En tout, 45 injections.

**Neuvième série** (7 milligrammes par jour).

Obs. LXVIII. — Clémentine P..., 20 ans, journalière. Entrée à la salle Saint-Alexis, lit n° 4, le 12 juillet 1881. Pas d'antécédents strumeux; pas d'antécédents arthritiques. Il y a trois mois, début de la syphilis; pas de traitement antérieur. Céphalée, alopécie, courbature. Sur les grandes et petites lèvres, très nombreuses syphilides papuleuses, papulo-érosives de volume moyen, dont quelques-unes sont recouvertes d'un enduit jaunâtre adhérent. Polyadénite inguinale double non douloureuse; syphilide érythémateuse du tronc; syphilide vaginale; syphilides érosives multiples des deux amygdales et du pharynx.

13 juillet. Injection de peptone mercurique à 7 milligrammes.

18. Les syphilides vulvaires s'affaissent.

25. Les syphilides vaginales disparaissent.

8 août. *Exeat.* Guérie. Pas de salivation; pas de nodosités; pas de stomatite. En tout, 27 injections.

Obs. LXIX. — Marguerite K..., 37 ans, couturière. Entrée le 19 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 11. Quelques antécédents strumeux (gourme, adénites cervicales et sous-maxillaires). Depuis sept semaines, apparition de boutons aux organes génitaux. Tuméfaction considérable des grandes et petites lèvres et du capuchon; de chaque côté, nombreuses syphilides papuleuses confluentes, dont la plupart sont érosives et recouvertes d'une pellicule jaunâtre diphthéroïde; il en existe également dans les plis génito-cruraux. Quelques syphilides papulo-hypertrophiques périanales. Syphilide érythémateuse du tronc et des membres.

21 juillet. Première injection à 7 milligrammes.

23. Nombreuses syphilides multiples des deux amygdales et du voile du palais.

31. Amélioration notable. Les syphilides pâlissent et s'affaissent. La malade est renvoyée. En tout, 11 injections. Aucun accident.

Obs. LXX. — Rosalie Z..., 20 ans, domestique. Entrée le 12 juillet, salle Saint-Louis, lit

---

redoutables. Cependant ils ne seront pas invincibles, il faut l'espérer, ni suffisants pour suspendre l'exécution de ces grands projets.

Dans les climats chauds de cette immense zone de terre, l'homme est soumis à toutes les influences de la chaleur, qui se traduisent par des phénomènes physiologiques, tels que la diminution de l'absorption d'oxygène par le sang, par l'atonie de toutes les fonctions et surtout de l'appareil digestif, par l'exagération de l'activité du foie, et des glandes sudoripares, et enfin par la pigmentation de la peau. L'acclimatement rend ces conditions moins défavorables pour l'organisme, de là le conseil d'employer sur les chantiers des habitants des régions méridionales de l'Europe, Provençaux, Italiens, Espagnols, Maltais, par exemple, et de les transporter en Afrique dans les mois de décembre ou de janvier. On éviterait ainsi le brusque changement de climat; et, avant les grandes chaleurs de l'été, ils pourraient s'habituer au nouveau régime et aux oscillations climatériques. Les mois de septembre et d'octobre, habituellement pluvieux, sont aussi ceux où la malaria exerce sa pernicieuse influence. Ils sont donc défavorables aux émigrants.

Modifier le régime alimentaire des régions tempérées en le rendant moins succulent; imiter dans le vêtement celui des indigènes jusque dans la coiffure de paille des habitants du Sahara; enfin observer les soins hygiéniques et même les pratiques hydrothérapiques, sont des précautions utiles et presque toujours indispensables.

Certaines maladies séviront sur les émigrants : la gale bédouine, qui est due à l'irritation de la peau, par l'abondance des sueurs et l'action de la chaleur, est difficile à éviter. Une soif inextinguible tourmentera les ouvriers qui seront exposés aux fatigues ou aux rayons du soleil. Les boissons toniques, les lotions fraîches, l'abstention du séjour au grand air, de neuf heures du matin à trois heures du soir, sont certainement des prescriptions banales. On les

n° 9. Quelques antécédents strumeux (gourme, adénites), arthritisme. Il y a trois semaines, apparition de boutons aux organes génitaux. Au milieu de la fourchette il existe un chancre infectant du volume d'une pièce de 20 centimes. Quelques syphilides papuleuses du tronc. Adénite inguinale multiple aphlegmasique. Grossesse de six mois.

16 juillet. Première injection.

22. Le chancre se répare; les syphilides pâlissent.

29. Amélioration considérable des syphilides du tronc.

5 août. Les syphilides ont complètement disparu.

6 août. *Exeat.* Guérie. En tout, 20 injections. Pas de salivation; pas de nodosités.

Obs. LXXI. — Joséphine G..., 49 ans, coiffeuse (malade de la ville venant tous les jours à Lourcine). Pas d'antécédents strumeux et héréditaires. La malade a contracté la syphilis quelque temps après son mariage, il y a vingt-trois ans; traitée par la liqueur de van Swieten et l'iodure de potassium pendant très longtemps. Il y a trois ans, syphilides ulcéreuses de la jambe droite. Depuis un mois, douleurs de tête: depuis six mois, perte de l'intelligence qui devient de moins en moins nette. Faiblesses; syncopes; affaiblissement musculaire de la partie latérale droite du corps.

16 juillet. La malade est soumise au traitement suivant: potion avec 1 gramme d'iodure de potassium par jour; trois jours après, 2 gram.; six jours après, 3 gram.; injections de peptone mercurique, 7 millig.

25 juillet. La malade accuse un mieux sensible; la marche est moins vacillante; la pupille droite se rétracte; moins de céphalée.

1er août. Légère gingivite mercurielle. On met la malade à 4 millig.; julep gommeux avec eau, 500 gr.; laudanum, 1 gr.; chlorate de potasse, 10 gr.

La malade part à la campagne extrêmement améliorée. Pas de nodosités. Total: 16 injections.

Obs. LXXII. — Elisa M..., 23 ans, domestique, entrée le 12 juillet 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 17. Antécédents strumeux (gourme, adénites, ophthalmies). Il y a un an, traitée à Saint-Louis pour syphilides vulvaires dans le service de M. Hillairet; y est restée deux mois. Pas de traitement depuis; pas d'alopécie; pas de courbature ni d'insomnie. Grandes lèvres tuméfiées, sur leur face interne syphilides papuleuses et papulo-érosives volumineuses. Polyadénite inguinale double non douloureuse; nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques végétantes périanales; syphilide érythémateuse du tronc.

23 juillet. Les syphilides du tronc restent dans le même état; les syphilides papulo-érosives de la vulve s'affaissent.

1er août. Les syphilides vulvaires s'affaissent considérablement, quelques syphilides pustulo-ulcéreuses du cuir chevelu.

---

oublie trop souvent, et peut-être serait-il nécessaire de prescrire sévèrement aux ouvriers une longue sieste quotidienne pendant les heures les plus chaudes du jour; d'imiter sur ce point les règlements militaires de certaines garnisons du sud de l'Algérie.

Quelques fruits alimentaires sont souvent la cause d'accidents d'autant plus dangereux qu'ils sont fréquents et peu connus: la figue de Barbarie, par exemple, fruit du Cactus opuntia, produit des obstructions intestinales par l'accumulation de ses pépins dans l'intestin, et surtout dans le rectum. Le docteur Masse cite de curieuses observations dont il a été témoin. L'atonie des fonctions digestives sera fréquente surtout, et nécessitera l'emploi de légers purgatifs: rhubarbe ou magnésie, et des toniques. C'est ainsi que l'usage des gouttes de Beaumé et les préparations de strychnine favoriseront les fonctions digestives et préviendront peut-être la dysenterie et l'hépatite.

On sait depuis longtemps que l'emploi des eaux de sources en boissons produit quelquefois de graves accidents par la présence de sangsues qui se fixent sur les parois de l'arrière-bouche. D'où la nécessité de ne permettre pour cet usage que l'eau qui a été filtrée ou soumise à l'ébullition. De plus, elles peuvent être de mauvaise qualité, parce qu'elles sont chargées de matières organiques ou bien saumâtres, comme dans quelques postes, à Touggourth, par exemple. Dans ces localités, des appareils à produire la glace seraient indispensables pour obtenir la purification de ces eaux. Depuis quelque temps, d'ailleurs, la question des eaux potables en Algérie a été étudiée avec soin par divers médecins militaires. Le *Recueil des mémoires de médecine militaire de* 1881 renferme à ce sujet des recherches consciencieuses sur les eaux des chotts. . . .

Pendant longtemps encore, et avant l'édification d'établissements définitifs, la tente en tissu de poils de chameau ou en toile à voile sera le seul abri, et les couvertures de laine et des

3 août. *Exeat* sur sa demande, non guérie. Total : 22 injections. Jamais de stomatite ni de nodosités.

Obs. LXXII *bis*. — Augustine C..., 17 ans, fleuriste. Entrée salle Saint-Alexis, lit n° 13, 5 juillet. Quelques antécédents strumeux (gourme, adénites). Syphilides buccales et vulvaires apparues depuis deux mois; polyadénite inguinale double indolente; syphilide érythémateuse du tronc.

11 juillet. Première injection à 7 millig.

15. Renvoyée. En tout, 5 injections.

Obs. LXXIII. — Marie R..., 20 ans. Entrée salle Saint-Alexis le 18 mai 1880, lit n° 44. Pas d'antécédents strumeux. Bonne santé habituelle. Syphilis contractée il y a un an, traitée par la liqueur de van Swieten. Rentre le 12 juillet 1881 pour syphilides vulvaires apparues il y a deux mois. Pas de céphalée, ni d'alopécie, ni d'insomnie. Syphilides papulo-érosives hypertrophiques des grandes lèvres, qui sont tuméfiées; syphilides papulo-hypertrophiques du pourtour de l'anus; polyadénite inguinale double, volumineuse, aphlegmasique; adénite cervicale postérieure multiple.

13 juillet. Injections de peptone mercurique à 7 millig. Peu de tissu cellulaire. Refus de traitement le 14 juillet. 1 injection.

Obs. LXXIV. — Maria R..., domestique, 35 ans. Entrée le 5 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 31. Pas d'antécédents strumeux. Bonne santé habituelle. Au pourtour de l'anus, dans les plis génito-cruraux, à la face interne des cuisses, sur le bord libre des grandes lèvres, nombreuses syphilides papulo-érosives et papulo-hypertrophiques de volume variable. Polyadénite inguinale. Au sommet des petites lèvres déformées en ailes de chauve-souris, syphilides papuleuses. Syphilides papuleuses du vagin et du col de l'utérus.

13 juillet. Première injection à 7 milligrammes.

25. Les syphilides vulvaires, périanales, vaginales et utérines sont guéries.

22 août. Rien à la vulve ni à la peau.

29. *Exeat*. Complètement guérie. Jamais de salivation. Pas de nodosités ni de douleurs. 48 injections.

Obs. LXXV. — Julie-Zoé, 23 ans, journalière. Entrée le 5 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 15. Nombreux antécédents strumeux (otorrhée, gourmes, ophthalmies). A l'anus, aux grandes et petites lèvres, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques. Dans le pli génito-crural gauche, syphilide papulo-érosive. Syphilide érosive de la commissure gauche des lèvres.

11 juillet. Première injection à 7 milligrammes.

17 juillet. Refus de traitement. — Total : 5 injections. Pas de douleurs.

Obs. LXXVI. — Maria T..., 20 ans, domestique. Entrée le 12 juillet, salle Saint-Louis, lit

---

peaux de mouton étendues sur de la paille ou de l'alfa les seuls moyens de couchage. Enfin, dans le choix de l'emplacement des camps, il faudra éviter les effluves paludéennes, dont les effets sont quelquefois foudroyants; se garantir, dans les marches et pendant la nuit, des scolopendres et des scorpions, dont les blessures sont plus ennuyeuses que graves, et se fuir de la vipère cornue, dont la piqûre quelquefois mortelle doit être cautérisée immédiatement au fer rouge, à moins toutefois d'employer, à l'exemple des marabouts, la combinaison d'une certaine quantité de poudre introduite dans la plaie. A défaut d'autres, ce moyen primitif a l'avantage de la couleur locale, s'il n'a pas celui de l'efficacité.

La faune du Sénégal ressemble à celle de l'Algérie du sud; comme on le sait, les grands fauves et les reptiles y sont abondants. Toutefois, une maladie particulière, la filaire, qui épargne les blancs parce qu'ils font usage de chaussures, est commune chez les indigènes, dont les pieds sont toujours nus. Mais l'ennemi le plus redoutable est la malaria, qui saisit l'homme là où il se trouve, sous la tente, pendant le travail, dans les marches. Aussi, pour lutter contre cet ennemi invisible et toujours présent, le docteur Masse conseille de munir chaque ouvrier de deux paquets, l'un de poudre d'ipécacuanha, l'autre de sulfate de quinine, qui seraient pour lui ce que la bande et la compresse sont pour le soldat dans quelques armées européennes. Cet excellent conseil mériterait d'être mis à exécution dès maintenant dans les nombreux corps de troupes actuellement campées dans la Tunisie et l'Algérie du sud. Les mois de septembre et d'octobre sont les mois des pluies et de la malaria, et, par cette simple mesure, il serait possible de combattre, dès le début, et d'atténuer les dangereuses influences palustres.

Les vents brûlants du sud en Algérie et de l'Est au Sénégal sont pénibles à supporter pour les nouveaux immigrants. Pendant leur durée, un administration prévoyante devrait interdire

n° 34. Quelques antécédents strumeux. Mauvaise santé. Syphilis remontant à un mois et demi. Syphilides érosives multiples des petites lèvres. Syphilide érythémateuse du tronc. Syphilides papulo-hypertrophiqnes de l'aisselle droite. Quelques syphilides érosives de la voûte palatine.

15 juillet. Première injection à 7 milligrammes.

23. Les syphilides de l'aisselle disparaissent.

5 août. Les syphilides vulvaires et buccales ont complètement disparu.

26. Légère érosion sur la partie postérieure de l'anus.

5 septembre. *Exeat*. Guérie. 42 injections. Jamais d'accidents. Pas de salivation; pas de nodosités.

Obs. LXXVII. — Rosine C..., 20 ans. Entrée le 12 juillet, salle Saint-Louis, lit n° 20. Syphilides papuleuses de la grande lèvre gauche; syphilide érythémateuse du tronc; syphilides papulo-squameuses de la paume de la main; vitiligo intense du cou; syphilides érosives des deux amygdales.

15 juillet. Première injection, 7 millig.

22. Les syphilides vulvaires ont complètement disparu.

5 août. Les syphilides du pharynx, les syphilides érythémateuses du tronc sont guéries.

11. *Exeat*. Complètement guérie. Jamais de salivation; pas de traces des injections; pas de nodosités. Total : 27 injections.

Obs. LXXVIII. — Françoise P..., 17 ans, blanchisseuse. Entrée salle Saint-Alexis le 12 juillet, lit n° 36. Pas d'antécédents strumeux. Syphilides papulo-hypertrophiques de la grande lèvre droite; syphilide papulo-érythémateuse du tronc; adénites multiples de l'aine et du cou; vitiligo; syphilides papulo-hypertrophiques des plis génito-cruraux.

15 juillet. Première injection à 7 millig.

22. Syphilide pustulo-ulcéreuse de la face externe de la cuisse droite.

28. Stomatite mercurielle. On met la malade à 4 millig. seulement.

5 août. Stomatite disparue. On remet la malade à 7 millig. Les syphilides s'affaissent.

22. *Exeat*. Guérie. Pas de nodosités; stomatite mercurielle. Total : 27 injections.

Obs. LXXIX. — Julie A..., 22 ans, salle Saint-Louis, lit n° 5. Entrée le 12 juillet 1881. Pas d'antécédents strumeux ni diathésiques. Bonne santé. Debut de la syphilis il y a un mois. Céphalée, alopécie, courbature; syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques, papulo-érosives des grandes et petites lèvres; syphilides papulo-hypertrophiques volumineuses du pli génito-crural droit; syphilides érosives des amygdales; syphilide maculeuse du tronc. Vitiligo du cou.

16 juillet. Première injection à 7 millig.

22. Les syphilides s'affaissent.

---

le séjour sur les chantiers et interrompre les travaux; car des phénomènes congestifs mortels sont souvent la conséquence de perturbations subites de l'atmosphère par un coup de sirocco.

La sécurité une fois établie, car le Sahara est actuellement le rendez-vous de tous les malandrins de l'Afrique du Nord, et les approvisionnements d'eau étant assurés par le forage des puits; les postes militaires deviendront définitifs. Ils seront les premiers centres autour desquels se grouperont les populations des douars jusqu'à présent accablées par l'oppression et vexées par les rapines des tribus pillardes du Sud. C'est alors qu'on procèdera aux travaux de construction et que se posera une grave question d'hygiène à décider au point de vue de la sécurité internationale En effet, la fièvre jaune est actuellement endémique à Sierraleone, et ce foyer est l'origine des graves épidémies qui déciment la population des côtes du Sénégal. La distance que les navires ont à franchir pour transporter les voyageurs des côtes d'Afrique aux ports de l'Europe exige plusieurs jours de traversée. Par cela même que la période d'incubation de la fièvre jaune est de trois à cinq jours, le temps employé à faire le trajet est certainement le meilleur obstacle à la propagation des épidémies et permet aux quarantaines d'être réellement efficaces.

Avec le chemin de fer transsaharien, les communications devenant plus rapides, un voyageur quittant le Sénégal dans la période d'incubation, arrivera à Alger ou même à Marseilte, au moment où se déclareront les premiers symptômes de la maladie. La mise en quarantaine pour les marchandises et les voyageurs deviendrait alors inutile ou inefficace pour prévenir la redoutable contamination.

Il y a donc lieu, dans l'élaboration des projets actuels, de se préoccuper de l'existence incontestable de ces dangers pour l'avenir. Dans ce but, le docteur Masse propose la création

5 août. Les syphilides ont disparu; la syphilide érythémateuse persiste.
19. La malade est complètement guérie. Pas de salivation ni de nodosités. 26 injections.

Obs. LXXX. — Marie B..., demoiselle de brasserie, 16 ans. Entrée le 12 juillet salle Saint-Louis, lit n° 17. Bonne santé; pas d'antécédents strumeux ni diathésiques. Début de la syphilis il y a deux mois et demi. Céphalée, courbature, alopécie. Sur les grandes et petites lèvres, dans les plis génito-cruraux, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques, dont quelques-unes érosives. Syphilides papulo-hypertrophiques périanales. Vagin et col utérin sains. Syphilide érythémateuse du tronc.

16 juillet. Première injection à 7 millig.
22. Les syphilides vulvaires s'affaissent; syphilides érosives de l'amygdale droite.
29. Les syphilides vulvaires et amygdaliennes ont disparu.
5 août. La syphilide érythémateuse du tronc a disparu.
12. *Exeat*. Guérie. Pas de salivation ni de nodosités. Total : 28 injections.

Obs. LXXXI. — Berthe B..., 18 ans, brunisseuse. Entrée salle Saint-Louis, lit n° 28, le 5 juillet 1881. — Quelques antécédents strumeux (adénite, gourme). Début de la syphilis il y a deux mois. La grande lèvre gauche est très tuméfiée. Sur le bord libre des grandes lèvres, au pourtour de l'anus, dans le sillon génito-crural gauche, sur le clitoris, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques. Syphilide érythémateuse du tronc. Vagin sain.

9 juillet. Première injection à 7 millig.
22. Affaissement des syphilides vulvaires et périanales; les syphilides du tronc pâlissent.
5 août. *Exeat*. Guérie. Pas de salivation ; pas de nodosités ni de douleurs. Total : 29 injections.

*(La suite à un prochain numéro.*

# ÉPIDÉMIOLOGIE

## Documents sur la fièvre typhoïde en Algérie (1);

Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux,

Par F. Sorel,

Médecin-major de 2e classe attaché aux hôpitaux de la division de Constantine.

**Appendice.**

Tout récemment j'ai eu l'occasion d'observer deux faits qui sont un exemple frap-

(1) Suite. — Voir les numéros des 18, 24, 27, 29 septembre et 4 octobre.

de deux railways, l'un allant du Sénégal au Soudan, et l'autre du Soudan à l'Algérie, ayant chacun des têtes de ligne indépendantes et séparées par une distance assez longue pour nécessiter un trajet intermédiaire de quelques jours, par caravane. Plus tard, quand la fièvre jaune ne sera plus endémique au Sénégal, on pourra faire aboutir les deux réseaux à une gare centrale, et, dans cette gare, établir un service de surveillance médicale, dont la mission serait analogue au service sanitaire international qui, dans les échelles du Levant et les provinces de l'Asie-Mineure, signale la marche des épidémies de peste et de choléra, et prévient leur extension en Europe.

Par la lecture de cette brochure et par l'observation des conseils du docteur Masse, on préviendra des déceptions et peut-être on évitera des découragements dans la réalisation de cette œuvre d'une immense importance pour la France et pour la civilisation. Dans la période de pacification qui suivra la conquête définitive du pays, le rôle du médecin deviendra peut-être encore plus important. C'est par une inexorable rigueur dans la répression et aussi par une constante équité dans nos rapports avec ces populations ignorantes et crédules que nous combattrons les préjugés de races et que nous ferons naître des sentiments et des liens durables d'affection. A l'appui de cette thèse, le docteur Masse rappelle le fait suivant : en 1859, les Beni-Smassen, de la province d'Oran, furent l'objet d'une expédition qui fut contrariée par le choléra. Ils se réfugièrent sur le territoire du Maroc. Deux ans plus tard, ces mêmes tribus, qui avaient échappé à nos armes, conduisaient spontanément aux médecins de la garnison de Nemours leurs malades et leurs infirmes, prodiguant alors les témoignages de leur reconnaissance... intéressée sans doute, mais réelle néanmoins. De tels exemples sont à l'honneur du corps médical français, et font bien augurer du rôle civilisateur qu'il remplira certainement avec gloire dans ces régions inhospitalières.

Y...

pant des difficultés qu'offre parfois le diagnostic différentiel de la fièvre rémittente tellurique d'avec la fièvre typhoïde. En voici l'exposé succinct. Dans le premier fait, il s'agit d'un cas de fièvre tellurique avec prédominance des symptômes qui sont plus spéciaux à la fièvre typhoïde; *fièvre rémittente tellurique à masque typhoïde.*

Obs. — F... (Auguste), jeune soldat au 7e de ligne, âgé de 22 ans, débarque à Bougie le 3 août 1881, il se met en route le 6 août suivant pour se rendre au bordj de Takitount où il arrive le 8 en trois étapes. Le 17, il est pris de malaise fébrile avec épistaxis et diarrhée, et est envoyé à l'hôpital de Sétif le 20 août.

A la visite du 21, il accuse de la céphalalgie, des rêvasseries nocturnes et se sent très abattu. Le ventre est souple, mais il existe du gargouillement dans la fosse iliaque droite qui est douloureuse à la pression. Langue chargée. Diarrhée. Pas de taches rosées.

Le 23, la langue se sèche. Épistaxis. Loquacité bientôt suivie de délire avec agitation plus marquée dans la soirée. Les symptômes ataxiques vont en augmentant et la mort a lieu le 25 à onze heures du soir.

| | Matin. | Soir. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 39,8 | 39,2 | calomel.......... | 1 gr. | | | |
| 22 | 40,2 | 38,0 | salicylate de soude.. | 4 gr. | | | |
| 23 | 38,6 | 39,5 | sulfate de quinine.. | 1 gr. | | | |
| 24 | 40,0 | 39,0 | — .. | 1 gr. | et salicylate | 4 gr. | — 2 bains froids. |
| 25 | 40,0 | 40,6 | — .. | 1 gr. | — | 2 gr. | — 2 bains froids. |

Le malade supporte très bien les bains froids dans lesquels il se complaît.

Autopsie. — *Crâne :* Injection de la pie-mère, surtout au niveau des lobes frontaux. — *Cerveau* normal.

*Thorax : Poumons* sains, hypostase cadavérique. — *Cœur* vide du sang qui, tout à fait fluide, s'est écoulé par les vaisseaux; le muscle paraît sain.

*Abdomen :* Ganglions mésentériques normaux. — *Foie* pesant 1,260, souple, ayant la consistance de la gutta-percha. Vésicule remplie de bile d'un beau vert. — *Rate* du poids de 240 grammes, modérément congestionnée, ferme à la coupe. — *Reins* un peu congestionnés.

Congestion généralisée de l'intestin grêle, qui contient des matières fécales fluides. On trouve seulement deux plaques pigmentées (*barbe rasée*), non saillantes et saines. Rien à noter du côté du gros intestin.

Le second fait est la contre-partie presque absolue du précédent. Une fièvre typhoïde légitime voit ses symptômes habituels rester effacés, et prend à la fin l'aspect d'une fièvre tellurique passant à la perniciosité.

Obs. —F... (Catherine), âgée de 24 ans, femme C..., nourrice de son enfant, âgé de 13 mois, est prise de malaise fébrile avec vomissements et diarrhée, sans épistaxis, vers le 8 septembre. Elle prend du sulfate de quinine opiacé. Son état restant le même, elle entre à l'hôpital de Sétif le 15 septembre 1881. Je suis appelé par M. Dieu, médecin en chef, à la voir le 16 au soir.

Il n'existe aucune prostration, tout au contraire un peu d'agitation; la connaissance est parfaite; la langue, nette, est humide; la diarrhée a cessé depuis deux à trois jours; le ventre est souple; pas de gargouillement dans la région iléo-cæcale, qui *n'est aucunement sensible à la pression.*

A gauche, au contraire, sensibilité considérable de la région splénique; la rate, très augmentée de volume, plonge dans le flanc.

Une tache d'apparence douteuse, rouge, large, saillante, existe sur la peau, au niveau de la crête iliaque, à droite; elle disparaît en partie à la pression. Mais le symptôme dominant est une tendance au collapsus; les membres supérieurs se refroidissent, et le pouls, petit, fuyant, dépasse 120 pulsations.

Dans la nuit, délire des plus actifs, perte de la conscience; le refroidissement ne s'accentue pas. Le calme revient dans la matinée du 17, et la malade succombe, à trois heures de l'après-midi, sans agonie marquée.

Une injection sous-cutanée de la solution tartrique de sulfate de quinine à 1 gramme avait été faite le 16 au soir; un second gramme avait été administré de la même façon le 17 au matin.

*Température :* 16, matin, 40°,5; soir, 38°,5; 17, matin, 39°,6,

*Autopsie.* — On n'a pu examiner que l'abdomen. On trouve les ganglions mésentériques rouges, tuméfiés; pas de tympanisme.

L'intestin grêle est injecté; ouvert, il présente des plaques de Peyer saillantes, ulcérées, nombreuses au voisinage de la valvule iléo-cæcale; elles remontent assez haut dans l'iléon.

Rien à signaler dans le gros intestin.

*Foie* légèrement congestionné, pesant 1 kilogr. 650. — *Reins.* Un peu de congestion. — *Rate* volumineuse, du poids de 710 grammes; elle mesure 23 centimètres en hauteur et 12 centimètres en largeur; inférieurement, elle s'atténue en ovale. Sa surface extérieure est normale; il n'y a épaississement ni du péritoine, ni de sa capsule; à la coupe, elle est modérément congestionnée, sa consistance est à peu près normale (friabilité légère à la pression, mais pas de bosse splénique marquée).

J'avais accordé, on l'a vu, une certaine importance diagnostique à l'existence d'une double oscillation fébrile quotidienne dans la fièvre rémittente; mais des recherches ultérieures m'ont appris qu'elle pouvait faire défaut dans la fièvre tellurique et se rencontrer, d'autre part, dans la fièvre typhoïde, comme du reste Wunderlich l'a observé en Europe. En somme, dans un certain nombre de cas, la difficulté me paraît aujourd'hui insurmontable; on ne peut établir le diagnostic que suivant des présomptions, et, dans les cas mortels, l'autopsie, comme l'a remarqué M. Vallin (1), vient parfois l'infirmer, quels que soient les soins apportés à l'examen du malade.

(1) Note ajoutée au *Traité des maladies infectieuses* de Griesinger, 2e édition. Paris, 1877, page 93.

---

NOTE. — Je m'empresse de rectifier une erreur involontaire et reconnais avoir prêté à M. Netter une opinion plus absolue que celle qu'il a émise. Comme il en fait la remarque dans sa lettre adressée au rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, M. Netter s'est, en effet, servi des termes *grande présomption* et *toutes probabilités*, et a été moins affirmatif que je ne l'ai dit.

ERRATUM. — Une erreur s'est glissée dans notre numéro du 27 septembre. Il faut lire : 38° au lieu de 33°, page 510, ligne 9.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Colique salivaire; expulsion de deux calculs,* par le docteur R. SAINT-PHILIPPE. — Le malade qui fait l'objet de cette observation, éprouvait de vives douleurs dans les régions maxillaire, temporale et cervicale du côté gauche et présentait de l'empâtement diffus sous la mâchoire et sur le plancher de la cavité buccale. En même temps les masséters étaient en contracture, et l'ouverture de la bouche incomplète. On croyait à un abcès d'une des glandes salivaires. Le lendemain, par l'exploration digitale, on constata l'existence d'une poche sur le côté gauche du frein de la langue, sur le trajet du canal de Wharton. L'incision de cette tumeur ne donna issue qu'à du sang et à de la salive, mais fut suivie d'un soulagement considérable. Quelques heures après, le malade retira de sa bouche deux calculs salivaires : l'un ovoïde, de la grosseur d'un haricot; l'autre, plus petit, du volume d'une lentille. Tous les accidents disparurent rapidement et l'exploration du canal salivaire au moyen d'un stylet, pratiquée d'ailleurs par la plaie, fit reconnaître l'absence d'autre calcul dans ce canal.

Comme anamnestique, le malade portait depuis quelque temps, sous la face interne de la branche horizontale du maxillaire inférieur, des tuméfactions passagères et peu douloureuses. La rétention de la salive par obstruction du canal de Wharton a donc été la cause de ces accidents de colique salivaire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, p. 13, 7 août 1881.)

Ch. E.

*Lésions complexes du cœur; rétrécissement mitral et insuffisance de l'orifice tricuspidien; asystolie rapide; mort; autopsie,* par le docteur J. DAVEZAC. — La malade, âgée de 29 ans, possédait des antécédents rhumatismaux et des troubles du cœur depuis plusieurs années. A l'entrée à l'hôpital, il existe de l'anasarque et de l'ascite. Les signes physiques consistent dans la voussure de la paroi thoracique antérieure à gauche; l'augmentation de l'impulsion du cœur, dont la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, sous le mamelon; dans un bruit de roulement diastolique au niveau de la pointe et dans un souffle systolique rude, faible vers l'appendice

xyphoïde, tandis qu'en ce point même le souffle diastolique conserve son intensité. Le pouls est petit, irrégulier, fréquent. Les poumons sont sains. Les urines contiennent de l'albumine. Quelques jours après, la malade succombe, après avoir présenté de la dyspnée et des signes d'apoplexie pulmonaire.

L'autopsie permet de constater dans l'abdomen les lésions habituelles de l'ascite et la coloration muscade du foie; dans le thorax : des infarctus apoplectiques des poumons; du rétrécissement mitral et du rétrécissement avec insuffisance de l'orifice tricuspidien.

Pendant le cours de la maladie, le diagnostic avait été : rétrécissement mitral et insuffisance tricuspidienne. Le rétrécissement tricuspidien n'avait pas été reconnu, et dans l'état actuel de la science, en l'absence de bruit diastolique ou présystolique au niveau du cœur droit, il est impossible de reconnaître cette lésion au lit du malade. De plus, chez ce malade, une autre particularité remarquable est l'absence de pouls veineux jugulaire, malgré l'intensité du souffle systolique.

La coexistence du rétrécissement tricuspidien est probablement la cause de l'absence de ce pouls veineux. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, p. 35, 7 août 1881.) — Ch. E.

*Occlusion intestinale spasmodique?* par le docteur Vicente Pagno. — La malade, âgée de 27 ans, possédait un tempérament scrofuleux et avait été déjà plusieurs fois atteinte de névralgies qu'on attribuait à l'hystérie. Le 10 juin dernier elle présenta les symptômes d'une indigestion. Malgré la médication habituelle qui fut mise en usage, elle continua d'éprouver une douleur localisée dans la fosse iliaque droite, des vomissements alimentaires, de la difficulté de la miction, de la constipation, l'arrêt de la menstruation et une sensation de gêne dans l'abdomen. Le pouls était fréquent et petit. Un purgatif provoqua l'aggravation des symptômes malgré la défécation abondante de selles liquides.

Appelé auprès de cette malade, le docteur Vicente Pagno constata de plus une grande prostration, la petitesse du pouls, l'amaigrissement rapide et la sécheresse de la langue. Une injection hypodermique de morphine produisit une telle amélioration que la malade put ingérer des aliments et des médicaments.

Cette amélioration était passagère, le volume et la douleur de l'abdomen continuèrent d'augmenter. Dans l'exploration de la fosse iliaque, on éprouvait la sensation d'une tumeur probablement d'une nature stercorale. On porta le diagnostic d'obstruction intestinale et on mit en usage contre ces symptômes des lavements d'huile de ricin et de tabac, et enfin l'électrisation. Sous cette influence, l'état de la malade parut s'amender, et les règles se montrèrent de nouveau.

Mais la faiblesse générale persistait, la température diminuait et les syncopes devinrent si longues et si fréquentes qu'à la suite de l'une d'elles la malade succomba.

L'autopsie n'ayant pas été faite, la nature spasmodique de l'occlusion intestinale est probable, mais non certaine. Toutefois M. le professeur Jaccoud a signalé des faits de ce genre. La mort paraît être le résultat de l'épuisement général par la violence de la douleur, l'abondance des vomissements et le défaut d'aliments. (*El siglo medico*, Madrid, 28 août 1881.)

Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 août 1881. — Présidence de M. Millard.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Lettre de candidature de MM. A. Robin, Roques et Balzer. — Travail sur le *chancre du vagin*, par M. le docteur Gardillon, présenté par M. Martineau. — Rapport sur les *maladies régnantes* du deuxième trimestre de 1881, par M. Ernest Besnier. — Nomination d'une commission pour étudier les moyens préventifs contre la contagion de la diphthérie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Journal des sciences médicales de Lille.* — *Gazette médicale d'Orient.* — *Journal de thérapeutique.* — *Revue médicale française.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Marseille médical.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Union médicale de l'Est.* — *Lyon médical.* — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Rapports de la Commission de l'assainissement de Paris* (ministère de l'agriculture et du commerce).

Correspondance écrite : Lettres de candidature de MM. A. Robin, Roques, Balzer, au titre de membre titulaire de la Société médicale des hôpitaux.

—

M. Martineau, au nom d'un de ses élèves, M. le docteur Gardillon, offre en hommage à la Société un travail intitulé : *Essai sur le chancre du vagin* (chancre non infectant, chancre infectant). Le chancre du vagin a été jusqu'ici peu étudié. Ayant eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples. M. Martineau en a profité pour appeler sur ce siège du chancre l'attention des médecins et des élèves qui suivent la clinique gynécologique et syphiligraphique de l'hôpital de Lourcine. Les chancres du vagin sont de deux sortes. Comme sur les autres muqueuses, comme sur le tégument externe, ils sont infectants, syphilitiques, ou non infectants, non syphilitiques. Ces derniers étaient les mieux connus. Quoique assez rares, ils ont toutefois été observés et décrits par Ricord, Bois de Loury, Costilhes, Cullerier, Rollet, Fournier, etc., etc. Quant aux premiers, chancres infectants, ils sont tellement rares que, jusqu'à ce jour, les syphiligraphes n'en ont jamais observé. Aussi nient-ils son existence. Fournier en aurait observé un cas, et encore le considère-t-il comme douteux.

Sur 128 cas de chancre infectant des organes génitaux, M. Martineau a constaté trois fois le chancre infectant sur le vagin. Dans ces trois cas, l'auto-inoculation a été négative; aussi 'existence de cet accident syphilitique sur le vagin est désormais hors de toute contestation. M. Martineau fait remarquer, en outre, les caractères cliniques qui distinguent le chancre infectant du chancre non infectant du vagin, non-seulement sous le rapport de l'aspect, mais encore du siège qui est très variable. Tandis que le chancre non infectant est ordinairement multiple, qu'il occupe de préférence le segment postérieur du vagin, qu'il siège surtout dans le cul-de-sac postérieur, en rapport avec un chancre de même nature occupant le col, dont, le plus souvent, il est l'émanation par suite de l'inoculation; le chancre infectant est presque toujours unique; il siège sur n'importe quelle partie du vagin, aussi bien sur le segment antérieur que sur le segment postérieur, et il n'affecte aucun rapport immédiat avec le col utérin.

Le travail de M. Gardillon, dit M. Martineau, est des plus complets, des plus intéressants; il mérite toute l'attention des syphiligraphes qui voudront poursuivre l'étude du chancre du vagin.

---

M. Ernest Besnier donne lecture de son rapport sur les *Maladies régnantes* pendant le deuxième trimestre de l'année 1881. (Voir l'Union Médicale, août et septembre 1881.)

A la demande de M. Ernest Besnier, M. le Président met aux voix la proposition de nommer une commission composée de médecins des hôpitaux de l'enfance (Trousseau, Assistés, Enfants-Malades), chargée d'étudier les moyens préventifs contre la contagion de la diphthérie, et d'indiquer les précautions à prendre par les médecins, les élèves et les infirmiers dans les services hospitaliers.

Cette proposition est adoptée.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

*Le secrétaire*, L. Martineau.

## FORMULAIRE

Cataplasme contre les engelures ulcérées. — Ernest Besnier.

On fait bouillir des feuilles de noyer dans une petite quantité d'eau, on les hache, et on en prépare un cataplasme, qu'on applique sur les engelures ulcérées des sujets scrofuleux. — Combattre la diathèse scrofuleuse par l'usage de l'huile de foie de morue, du sirop antiscorbutique, des préparations de quinquina et des ferrugineux. — N. G.

## COURRIER

La fièvre jaune au Sénégal. — On lit dans une lettre de Saint-Louis, à la date du 8 octobre :

Pas de décès de fièvre jaune depuis le 29 septembre à l'hôpital, et depuis le 5 octobre en ville; pas de nouveaux cas, et bonnes nouvelles de tous les camps avoisinant Saint-Louis.

On espère que la commission sanitaire se réunira vers le 20 octobre, pour délibérer sur la levée de la quarantaine; mais tout le monde s'accorde à proclamer qu'à côté de cette mesure il faudra rigoureusement interdire la ville de Saint-Louis à tout homme de troupe ou marin.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 25 octobre. — Nous pensions bien, mardi dernier, que la communication de M. Guéniot ne passerait pas inaperçue des chirurgiens, et que ceux-ci, laissant de côté la question fort intéressante de la coïncidence d'un polype utérin avec la grossesse et d'une extirpation heureuse dans ces conditions défavorables, sortiraient des limites étroites où leur collègue s'était maintenu. « Nous sommes des chirurgiens, a dit M. Verneuil, mais nous sommes aussi des instructeurs ». On sent, en effet, que les paroles dites aujourd'hui à la tribune sont destinées à franchir les murs de l'Académie.

C'est M. L. Labbé qui ouvre le débat, en reprochant à M. Guéniot, avec force réserves et mots élogieux, d'avoir « dit certaines choses admises par tout le monde, et laissé dans l'ombre quelques points nouveaux ». Le chirurgien de Lariboisière ne trouve pas que la ligature élastique, dérivée des anciennes méthodes, soit une invention très heureuse; il rejette aussi l'extirpation par l'instrument tranchant. Exciser la tumeur avec des ciseaux, puis cautériser le pédicule au fer rouge, c'est faire une faute, et la réparer ensuite. Quant au serre-nœud, il est excellent, comme l'a dit M. Guéniot; mais ses mérites ne sont pas une nouveauté chirurgicale. Dans notre dernier Bulletin, nous avons aussi exprimé cette idée, que la chirurgie n'en est plus à comparer les vertus de l'écraseur de Chassaignac et du serre-nœud de Maisonneuve.

M. Labbé ne voit pas une différence profonde entre la chaîne et la corde métallique, quand il s'agit d'une tumeur de petit volume et facilement accessible. D'après lui, c'est en s'appuyant sur les cas graves que M. Guéniot aurait dû faire le procès de l'écraseur; dans les faits de ce genre, quand une tumeur volumineuse remplit l'excavation et que le doigt ne peut atteindre le col utérin et l'implantation du polype, c'est à l'anse galvano-caustique qu'il faut avoir recours. Elle coupe nettement les tissus au point précis où on l'applique, elle n'attire pas à elle, comme la chaîne, les tissus situés au delà du pédicule, et n'expose pas à intéresser le fond de l'utérus en même temps que la tumeur implantée sur lui. On peut enfin, par ce procédé, morceler de gros polypes et arriver progressivement à leur ablation complète, comme les ciseaux, la chaîne ou le serre-nœud auraient eu peine à le faire.

« Depuis que j'ai dans une main l'écraseur, dit M. Verneuil, dans l'autre le thermo-cautère, je déclare que l'anse galvanique n'est plus indispensable. » Dans combien de localités pourra-t-on jamais s'en servir? Dans cinq ou six grandes villes Elle n'est pas plus utile que l'écraseur, elle est beaucoup plus difficile à manier, elle ne met pas mieux à l'abri de certains accidents. M. Guéniot, de son côté, a trop sacrifié l'écraseur au serre-nœud. Sans doute la chaîne n'est pas toujours d'une application très commode; mais M. Desprès, de Saint-Quentin, l'a rendue plus facile en modifiant d'une façon très heureuse l'instrument de Chassaignac : une articulation entre le manche et la chaîne permet d'introduire celle-ci la première. M. Verneuil ajoute qu'il n'est pas besoin d'attirer en bas l'utérus; que la chaîne glisse facilement sur le segment postérieur du polype, pour aller se placer d'elle-même sur le point qu'on veut sectionner; enfin, qu'il n'est pas nécessaire de couper exactement au niveau de l'implantation, et qu'on peut sans inconvénient laisser un ou deux centimètres du pédicule dans la cavité utérine. Ces remarques sur la simplicité relative que présente l'emploi de l'écraseur trouvent leur démonstration dans les deux faits qui nous sont propres, et dont nous avons donné, jeudi dernier, la relation sommaire.

Nous avons dit aussi que le sentiment individuel du chirurgien était, dans un bon nombre de cas, le meilleur guide à suivre. Il faut ajouter que les méthodes en question trouvent dans les faits leurs indications particulières, et que chacune d'elles peut être, à un moment donné, supérieure aux autres. C'est dans ce sens que parlent MM. Gosselin et Trélat; le premier, en marquant sa préférence pour

les ciseaux, qui, sur 50 observations, ne lui ont donné qu'une seule hémorrhagie, facilement arrêtée; l'autre, en montrant que pour des chirurgiens instruits, connaissant bien la valeur des instruments qu'ils emploient, et les périls qu'ils ont à redouter dans les opérations de ce genre, il n'y a vraiment pas de longues discussions à soulever au sujet des tumeurs petites ou moyennes, insérées près de l'orifice, mais que la difficulté gît surtout dans le diagnostic précis des tumeurs intra-utérines, difficilement accessibles, implantées sur le fond ou sur les parois de la matrice par une large base contenant de gros vaisseaux.

M. Tillaux, qui préfère l'écraseur pour les tumeurs pédiculées, demande qu'on fasse une catégorie à part des fibromes implantés sur le fond de l'utérus et ayant déterminé l'inversion de l'organe. Dans un cas malheureux, dont il a courageusement donné la relation, la chaîne avait emporté un morceau de l'utérus retourné par le polype. Tout récemment, un nouveau cas du même genre s'est heureusement terminé entre les mains de l'habile chirurgien. « N'endormez pas la malade, dit-il, et, en vous guidant sur la sensibilité du tissu de la matrice et l'insensibilité de la tumeur, coupez devant vous avec le bistouri ou les ciseaux, mais ne vous servez jamais de la chaîne. »

En résumé, la discussion qui précède a mis en lumière plusieurs points intéressants, sinon d'une grande nouveauté : les ressources de la chirurgie, en présence des polypes utérins, sont multiples; le choix des méthodes repose à la fois sur le hasard des faits cliniques et sur le sentiment ou les aptitudes spéciales du chirurgien; l'écraseur, un peu malmené d'abord, est pleinement réhabilité; l'instrument tranchant lui-même fait bonne figure dans les cas simples; enfin, les grosses tumeurs implantées largement sur le fond de l'utérus doivent être abordées avec une extrême prudence, après un diagnostic très sérieux, et par une dissection attentive excluant tous les procédés aveugles. — L.-G. R.

# CLINIQUE MÉDICALE

## NOTE SUR LA DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOIDE DU REIN, SANS ALBUMINURIE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 juin 1881,

Par I. STRAUS,

Agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon.

I

Il n'est peut-être pas, dans la pathologie rénale, de maladie dont la symptomatologie soit aussi variable que la dégénérescence amyloïde des reins. Presque tous les symptômes qui la caractérisent, très accusés dans un cas, peuvent à peine exister ou même faire entièrement défaut dans tel autre. Cela ne laisse pas que de jeter sur les descriptions didactiques de la maladie, telles qu'on les trouve dans la plupart des auteurs, quelque chose de vague et, en apparence, de contradictoire, qui contraste avec la fermeté et la netteté, poussées parfois jusqu'à l'exagération schématique, des distinctions qu'on a introduites dans le groupement des autres formes de la maladie de Bright.

Ainsi, tantôt on constate l'absence presque totale d'œdème, ou un œdème circonscrit et peu accusé, tantôt, quoique plus rarement, une anasarque généralisée et intense. Dans tels cas, il existe de la polyurie avec une urine claire, de faible poids spécifique, pauvre en urée et en sels, sans sédiments, sans cylindres ni débris épithéliaux. Dans d'autres cas, le caractère de l'urine est inverse : elle est rare, dense, foncée, riche en sédiments et en cylindres hyalins et granulo-graisseux. Hâtons-nous de le dire, cependant, ces contradictions ou plutôt ces divergences symptomatiques ont reçu, pour la plupart, à la suite des récentes recherches, leur interprétation anatomo-pathologique. L'absence ou la présence de la diarrhée (si fréquente, vu la dégénérescence amyloïde des artérioles de la muqueuse digestive) influe directement sur la quantité et, partant, sur le degré de concentration des

urines émises dans les vingt-quatre heures. Une autre cause de la complexité du tableau clinique tient à la rareté de la dégénérescence amyloïde pure, et à la coexistence fréquente de lésions inflammatoires chroniques portant soit sur l'épithélium rénal, soit sur le tissu conjonctif interstitiel, soit presque toujours sur les deux à la fois. De là, au point de vue séméiologique aussi bien qu'anatomique, des formes hybrides, mais dont cependant la détermination, dans la plupart des cas, est assez facile.

Au milieu de cette diversité et de cette inconstance de symptômes, il en est un, cependant, qui est signalé, par la plupart des auteurs, comme *constant* dans la dégénérescence amyloïde des reins : c'est l'*albuminurie*. Variable dans son intensité seulement, ce symptôme ne ferait jamais défaut; tout au plus l'albumine pourrait-elle disparaître de l'urine pendant un ou plusieurs jours, au bout desquels elle ne tarderait pas à réapparaître.

Un auteur considérable, Bartels, dans son traité devenu classique, s'est surtout fait l'interprète de cette façon de voir. Je le cite textuellement :

« Dans toute urine provenant de rein amyloïde que j'ai examinée, j'ai toujours trouvé de l'albumine; la proportion en est très variable, depuis un simple trouble causé par l'ébullition, jusqu'à 3 p. 100 d'albumine et au delà. *La constatation de la présence d'albumine dans l'urine me paraît une condition indispensable pour le diagnostic de dégénérescence amyloïde du rein.* Sans doute on peut se demander si, dès le début du dépôt de matière amyloïde dans les parois des vaisseaux du rein, l'albumine apparaît forcément dans l'urine; mais, ce que je puis assurer, c'est que je n'ai jamais manqué de trouver de l'albumine dans l'urine des sujets à l'autopsie desquels j'ai constaté une dégénérescence amyloïde appréciable du rein. Étant donnée la grande attention avec laquelle, depuis de nombreuses années, l'examen des urines est pratiqué dans mon service et le soin qui est apporté aux autopsies, je n'aurais pas manqué de m'assurer de la possibilité de l'absence d'albuminurie dans la dégénérescence amyloïde des reins. Et, d'autre part, dans les cas mortels, l'albuminurie persiste jusqu'à la fin; on la trouve encore dans les faibles quantités d'urine émises par les malades arrivés à la cachexie la plus extrême pendant les derniers jours de leur existence. » (1)

Le professeur Jaccoud range également l'albuminurie au nombre des symptômes constants de la dégénérescence amyloïde du rein; il insiste cependant sur les variations de quantité de l'albumine et regarde ces variations mêmes comme étant caractéristiques (2).

La proposition formulée d'une façon si absolue par Bartels va directement à l'encontre de l'opinion émise par M. Lécorché. « Lorsque la dégénérescence amyloïde, dit cet auteur, existe à l'état de pureté, elle ne se traduit que par les troubles urinaires que nous venons de signaler (polyurie, abaissement du chiffre de l'urée, de l'acide urique, de l'acide phosphorique et de la plupart des sels), l'*albuminurie n'existe pas*. Mais, au bout d'un certain temps, elle se complique d'affections locales (néphrite parenchymatense et interstitielle). C'est alors qu'on voit survenir certains autres symptômes sur lesquels nous allons appeler l'attention; c'est alors qu'on constate la présence de l'albumine dans l'urine. L'albuminurie, d'abord peu prononcée, souvent passagère, devient plus tard permanente; elle est en rapport avec l'inflammation intra-canaliculaire qui existe presque toujours à une époque avancée de la dégénérescence. » (3)

Ainsi, voici deux opinions diamétralement opposées : pour les uns, la dégénérescence amyloïde des reins entraîne *toujours et nécessairement* l'albuminurie (d'où la formule : « pas de rein amyloïde sans albuminurie »); pour d'autres, la lésion concomitante du rein, épithéliale ou interstitielle, serait le facteur constant et néces-

(1) Bartels. *Krankh. des Harnapparates, in Ziemssen's Handb. der spec. Path. u. Ther.* Bd. IX, erste. Hälfte, 2e édit., 1877, p. 463.

(2) Jaccoud. *Traité de pathol. interne,* 1re édit., 1871, t. II, p. 492.

(3) Lécorché. *Traité des maladies des reins,* Paris, 1875, p. 669.

saire pour engendrer l'albuminurie. La suite de ce travail montrera qu'il y a là exagération des deux parts.

De fait, les diversités de répartition et même de nature des lésions anatomiques que l'on rencontre dans le rein amyloïde peuvent, *à priori* déjà, faire pressentir l'inconstance et la variabilité des caractères que présente l'urine. « Le plus souvent, dit Cohnheim, ce sont les glomérules qui sont dégénérés, puis les *vasa recta*, et en dernière ligne, par ordre de fréquence, les capillaires intertubulaires. Tantôt tous les glomérules sont profondément dégénérés; tantôt plusieurs sont dégénérés totalement, à côté d'autres qui ne présentent la dégénérescence que sur quelques anses seulement; enfin, à côté de glomérules dégénérés, il peut s'en rencontrer de parfaitement intacts. Dans certains cas, les *vasa recta* seuls sont dégénérés; d'autres fois, les *vasa recta* et les glomérules, ou les *vasa recta* et les capillaires intertubulaires, les glomérules étant respectés. La membrane propre des canalicules est rarement envahie, et seulement dans les cas de dégénérescence très avancée. Plus frappantes encore sont les différences que présente le parenchyme rénal proprement dit dans la dégénérescence amyloïde. Ainsi, il n'est pas très rare de rencontrer des reins où, à part la dégénérescence amyloïde des vaisseaux, on ne *rencontre pas la moindre altération des épithéliums ni du tissu interstitiel.* Un deuxième groupe de rein amyloïde est celui où l'épithélium des canaux urinifères est plus ou moins infiltré de graisse, ainsi que les interstices conjonctifs. Mais la variété de rein amyloïde de beaucoup la plus fréquente est celle où le parenchyme rénal est en pleine inflammation chronique, d'où l'aspect soit d'un gros rein blanc, soit, quoique plus rarement, d'un rein contracté, amyloïde » (1).

Dans le paragraphe, si remarquable du reste, de leur *Manuel d'histologie pathologique*, consacré à la dégénérescence amyloïde des reins, MM. Cornil et Ranvier enseignent que celle-ci est toujours accompagnée de néphrite parenchymateuse : « Dans les nombreux faits de dégénérescence amyloïde que nous avons examinés, disent-ils, nous avons toujours vu les mêmes altérations granulo-graisseuses des cellules épithéliales des tubuli que dans les néphrites parenchymateuses; il y avait *toujours* aussi des cylindres hyalins, généralement durs et cireux, et de l'*albuminurie* en assez grande abondance. Il y a toujours, en d'autres termes, une alliance de la néphrite albumineuse parenchymateuse avec les lésions spéciales des vaisseaux et des parois propres des tubuli qui caractérisent l'altération amyloïde » (2).

Il y a là une exagération manifeste, et qui tient sans doute à ce fait que MM. Cornil et Ranvier ont surtout, dans leur description, fait allusion à des cas de dégénérescence très avancée. Weigert, déjà, a signalé ce que cette proposition avait d'exagéré : « Je suis obligé, dit-il, contrairement à l'opinion des deux savants français, de faire remarquer que cela ne peut tenir qu'au hasard qu'ils n'aient jamais trouvé de dégénérescence amyloïde des reins sans néphrite parenchymateuse concomitante. Quant à moi, j'ai pu m'assurer, dans plusieurs cas, de l'existence de la dégénérescence amyloïde sans néphrite » (3). Les faits de Litten, dont il sera question plus bas, et le mien propre rentrent dans cette catégorie de dégénérescence amyloïde pure des reins.

On conçoit qu'en présence de lésions rénales aussi complexes, les modifications présentées par l'urine soient très variables à leur tour. Même pour les cas de dégénérescence amyloïde *pure* (qui sont les plus rares à coup sûr), l'absence ou la présence de la diarrhée, le plus ou moins d'envahissement de la rate, du foie, des ganglions, la cachexie plus ou moins avancée, l'état du cœur, la fièvre hectique peuvent influencer d'une manière profonde sur la composition des urines, leur quantité, leur richesse en urée, leur poids spécifique, etc.

(1) Cohnheim. *Vorlesungen über allgemeine Pathologie.* Berlin, 1880, t. II, p. 358.

(2) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathol.*, 1re édit., p. 1044.

(3) C. Weigert. *Die Bright'sche Nierenerkrankung vom pathologisch-anatom. Standpunkte.* (Collect. de Volkmann, n° 162-163, p. 45, note 6.)

Le rein amyloïde, tel que le conçoivent les auteurs didactiques dans leurs descriptions, est, anatomiquement parlant, le rein amyloïde pur, c'est-à-dire sans complication bien accusée de néphrite. Si l'on suppose un rein de cette catégorie, si l'on admet en outre que la cachexie ne soit pas trop avancée, qu'il n'y ait pas de diarrhée profuse, ni d'affaiblissement cardiaque, ni de fièvre hectique, dans un cas pareil les caractères de l'urine seront fréquemment ceux que les auteurs, Traube et Grainger Stewart notamment, attribuent au rein amyloïde : urine pâle, claire, de quantité nychthémérique un peu au-dessus de la moyenne; la richesse en urée et en sels un peu diminuée, d'où un poids spécifique un peu faible (1008 à 1015); *albuminurie abondante* (2 à 3 p. 100); sédiment nul ou insignifiant; point ou presque pas de cylindres. L'existence de l'albuminurie et son abondance, contrastant avec l'absence de cylindres dans les urines, est généralement donnée comme un des bons signes diagnostiques du rein amyloïde, quand une semblable urine s'observe dans le cours de la tuberculose, de la syphilis, d'une suppuration osseuse prolongée, etc. Établir que cette albuminurie, qui est la règle en effet, peut faire défaut, tel est le but de ce travail.

*(La suite dans un prochain numéro.)*

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES LATÉRALES DE L'ABDOMEN (*laparocèles*), par M. le docteur Jacques-Joseph FERRAND, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux et de Paris. — Paris, J.-B. Baillière, 1881. Brochure in-8° de 81 pages.

L'auteur entend par *laparocèles* les hernies qui se produisent en dehors des anneaux naturels dans les points où la paroi abdominale est constituée par les trois plans musculo-aponévrotiques des muscles grand oblique, petit oblique et transverse. En d'autres termes, il s'agit des hernies qui se font entre le rebord des fausses côtes, l'arcade crurale, le bord externe du muscle droit et le bord postérieur du muscle grand oblique, c'est-à-dire dans la région proprement dite des flancs (λαπαρα, flancs).

Il veut, contrairement à Littré et à Robin, qu'on réserve le nom de hernies lombaires à celles qui se produisent entre le grand dorsal et le grand oblique (hernies de J.-L. Petit). Les laparocèles ont été jusqu'à présent décrites sous l'appellation de hernies ventrales. M. le docteur Ferrand repousse cette appellation parce que, selon lui, elle ne signifie rien. En effet, dit-il, toutes les hernies de l'abdomen, à quelque région qu'elles appartiennent, sont des hernies ventrales. Elle a, de plus, le défaut d'avoir été employée pour désigner plusieurs hernies dont l'histoire a été confondue à tort avec celle des laparocèles, et dont chacune offre des particularités qui lui donnent droit à une place spéciale dans le cadre nosologique. De plus, ce n'est pas seulement le siège, ce sont encore les symptômes et les indications thérapeutiques qui ne sont pas les mêmes et qui forcent à ne pas confondre les autres variétés de hernies avec les laparocèles.

Cette dernière considération est surtout vraie pour les petites laparocèles qui, souvent, sont intrapariétales et ne se révèlent, dans bien des cas, par aucun signe extérieur. Elles sont, en quelque sorte, enfouies dans l'épaisseur des parois abdominales, et la difficulté qu'on éprouve à les rechercher augmente encore quand elles existent chez des personnes chargées de graisse. Il arrive même qu'on ne les recherche pas d'abord. Les malades ne se plaignent que de troubles de la digestion, et si l'on n'est pas en garde contre cette cause d'erreur de diagnostic, on pourra prendre pour de simples phénomènes de gastralgie, ce qui, en réalité, appartient à la tumeur herniaire.

Que les laparocèles soient petites, moyennes ou grosses, spontanées ou traumatiques, interstitielles ou sous-cutanées, quelle conduite le chirurgien doit-il tenir à leur égard? La première chose à faire est d'en opérer la réduction. Pour cela, il convient de se rappeler la disposition qu'affecte, en général, cette espèce de hernie; comprise entre des muscles et des plans aponévrotiques larges, elle tend à s'épandre pour ainsi dire entre les divers éléments qu'elle rencontre sur son trajet, et souvent son point d'émergence, c'est-à-dire l'endroit où d'interstitielle elle devient sous-cutanée, est assez éloigné de celui par lequel elle sort de la cavité abdominale. Généralement, le premier est situé plus bas que le second.

Cette propension à s'étaler d'une part, ce trajet de haut en bas d'autre part, doivent toujours être présents à l'esprit du chirurgien qui s'apprête à réduire une hernie latérale; le taxis sera pratiqué de bas en haut, les mains largement étalées, et avec le secours d'un aide

si la hernie est volumineuse, pour la réduire peu à peu, pour regagner pied à pied le terrain envahi par elle, sans qu'elle puisse, à mesure qu'on la refoule d'un côté, passer d'un autre, et surtout sans qu'elle puisse décoller davantage les différents plans qui constituent les parois abdominales. Comme il peut se faire que la hernie soit en même temps sous-cutanée et interstitielle, il faut s'assurer que la portion sous-cutanée n'ait pas été simplement refoulée dans la paroi. Une fois réduite, la hernie sera maintenue par un bandage approprié.

Dans le cas d'étranglement, si la réduction ne peut pas être obtenue immédiatement, il faut, sans plus tarder, procéder au débridement.

L'auteur appuie cette opinion sur des autorités nombreuses, sur une discussion méthodique et sur plusieurs observations dont quelques-unes lui sont personnelles. Il expose ensuite dans tous ses détails le manuel opératoire, et signale les difficultés de plus d'une sorte que le chirurgien peut rencontrer.

En somme, l'ouvrage que nous venons d'analyser, — bien incomplètement, — offre un intérêt réel. C'est la thèse inaugurale de M. le docteur Ferrand, et elle est de celles qui font honneur à la Faculté de Paris. — M. L.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. Lancereaux offre en hommage le deuxième fascicule du tome IIe de son *Traité d'anatomie pathologique.*

M. Oulmont présente, au nom de M. le docteur Taberlet, une brochure intitulée : *Evian, ses eaux minérales et leur valeur thérapeutique.*

M. Panas présente, au nom de M. le docteur Motais, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Angers, un travail concernant le traitement chirurgical du strabisme.

M. Colin (du Val-de-Grâce) présente : 1° un mémoire de M. le docteur Drouineau, de la Rochelle, intitulé : *Des conditions sanitaires des ouvriers des grands chantiers;* — 2° une deuxième note relative aux éléments parasitaires trouvés dans le sang des malades atteints d'impaludisme.

—

M. Leblanc combat de nouveau les propositions de M. Bouley.

Il est suffisant, dit-il, d'abattre les bêtes malades, comme le font déjà tous les propriétaires, sans perdre beaucoup d'argent à pratiquer le contact ou les inoculations. Au lieu de dépenser beaucoup d'argent d'une manière aussi inutile, il serait préférable d'en consacrer une partie à organiser un service vétérinaire pour toute la France; car ce service existe à peine dans quelques départements.

—

M. Cornil lit une note sur le siège des bactéries dans la lèpre et sur la lésion des organes dans cette maladie.

Les bactéries de la lèpre, dit M. Cornil, découvertes par Hansen, ont été étudiées par plusieurs médecins, et tout récemment par M. Neitter, qui les a cultivées; par MM. Hillairet et Gaucher, qui les ont également cultivées et inoculées à des animaux. J'ai publié déjà des observations de lèpre recueillies à Grenade, dans le service de M. Hernando. Les tubercules lépreux de la peau et des muqueuses, caractérisés par de grosses cellules remplies de petites bactéries, sont aujourd'hui bien connus; mais il reste encore bien des points à résoudre relativement au siège des bactéries dans les organes et aux formes différentes qu'ils y présentent.

Les bactéries des tubercules cutanés, telles qu'elles ont été décrites par Hansen et que je les ai vues dans mes premiers examens, sont très minces et petites; c'est à peine si on les voit nettement avec un grossissement de trois à quatre cents diamètres. Mais, dans d'autres organes parenchymateux, tels que le foie, le testicule, organes mous ou contenant des cavités à l'état normal, les bactéries acquièrent des dimensions plus considérables. Cela résulte très vraisemblablement de ce qu'elles ne sont ni gênées, ni comprimées, et qu'elles peuvent se développer en toute liberté. Elles sont libres, par exemple, dans la cavité testiculaire, et cinq ou six fois plus larges que celles des tubercules de la peau. Elles acquièrent en longueur jusqu'à 12 et 15 millièmes de millimètre. Dans les tissus fibreux, entre les lamelles et les fibres, dans la cornée, dans le névrilème, dans le tissu sclérosé d'un ganglion lymphatique, dans le tissu cellulo-adipeux, etc., les bactéries s'interposent partout entre ces fibres et

ces lamelles; elles se disposent alors en longs filaments placés bout à bout, dont les articles sont séparés par des cloisons transparentes. Ces filaments composés, qu'on peut suivre sur les coupes, dans une étendue de 100 à 150 millièmes de millimètre, sont tantôt rectilignes, tantôt infléchis, recourbés sur eux-mêmes, et ils offrent la même disposition générale que les filaments de la bactéridie charbonneuse.

Enfin, dans le protoplasma des cellules, dans les détritus accumulés dans les tubes testiculaires, dans les vaisseaux sanguins, on trouve des spores libres ou accumulés en amas, qui remplissent par places les vaisseaux capillaires. (Com. MM. Hardy, Théophile Roussel et Laboulbène.)

—

M. Léon Labbé demande la parole à l'occasion de la communication faite par M. Guéniot, dans la dernière séance, sur le mode de traitement chirurgical des polypes utérins.

Il semble à M. Léon Labbé que M. Guéniot a laissé dans l'ombre le côté nouveau de la thérapeutique chirurgicale des polypes utérins. Aujourd'hui la chirurgie se préoccupe avant tout des accidents infectieux qui suivent les opérations. A ce point de vue, les divers procédés de ligature doivent être rejetés.

L'excision, l'opération mixte, le serre-nœud, quoique utiles dans un certain nombre de cas, sont passibles des mêmes reproches que la ligature. Tous ces procédés opératoires exposent à des accidents d'infection.

Quant à l'écraseur linéaire de Chassaignac, tout en professant pour cette belle découverte une grande admiration, M. Léon Labbé pense qu'il doit être banni absolument de la pratique, pour l'opération des polypes utérins, parce qu'il a un très grave inconvénient, dans les cas de polypes fibreux volumineux implantés sur la paroi du fond de l'utérus, et ayant amené par leur développement l'inversion de la matrice; l'écraseur linéaire, en effet, en attirant en bas la paroi utérine, peut dans ces cas sectionner le fond de la matrice; cet accident est arrivé un assez grand nombre de fois, et cela à des chirurgiens du plus grand mérite, pour que l'on doive désormais se tenir sur ses gardes.

Pour les cas de ce genre, le meilleur instrument, suivant M. Léon Labbé, est l'anse galvano-caustique. Elle est infiniment supérieure à l'écraseur linéaire. Grâce à elle le chirurgien fait la section au point précis où elle doit être pratiquée, et cette section est opérée sans verser une goutte de sang; c'est sans contredit le mode opératoire le meilleur, à la condition toutefois que la section soit faite lentement, patiemment et que l'anse caustique ne soit point parcourue par un courant trop intense.

C'est donc au galvano-cautère qu'il faut avoir recours lorsqu'on a affaire à des polypes très volumineux et très vasculaires. On n'a pas, avec lui, d'hémorrhagie à craindre et la section de la tumeur est d'une précision et d'une netteté parfaites.

M. Léon Labbé a employé tout récemment ce procédé dans un cas particulièrement difficile, à cause de l'étroitesse et de la résistance des organes génitaux. Le vagin était difficilement dilatable; mais, grâce à l'emploi du spéculum de Sims, cette dilatation a pu être faite et l'anse galvano-caustique appliquée sur le polype, qui était très volumineux, très vasculaire, et qu'il a fallu enlever par portions. Tout cela s'est fait sans effusion de sang.

M. Léon Labbé espère que de nouveaux perfectionnements rendront encore plus praticable l'application de l'anse galvano-caustique, à laquelle il donne incontestablement la préférence sur tous les autres procédés opératoires.

Quel que soit, d'ailleurs, le mode d'opérer que l'on choisisse, que ce soit le serre-nœud, la chaîne d'écraseur ou l'anse galvano-caustique, M. Léon Labbé recommande d'une manière toute particulière l'emploi du spéculum de Sims. Cet instrument, en dilatant largement le vagin, met, pour ainsi dire, l'utérus à la porte du vagin, et permet de porter avec facilité soit le serre-nœud, soit la chaîne d'écraseur, soit l'anse galvano-caustique sur la tumeur. On opère ainsi avec une commodité et une sécurité parfaites.

M. Léon Labbé recommande enfin avec insistance, dans les opérations d'ablation de polypes fibreux de l'utérus, les précautions minutieuses usitées dans la méthode antiseptique. Les lavages phéniqués, surtout, doivent être pratiqués avec le plus grand soin avant et après l'opération.

M. Verneuil n'aurait pas pris la parole dans cette discussion, s'il n'avait pas entendu M. Léon Labbé prononcer un véritable réquisitoire contre l'écraseur linéaire. Or, comme M. Verneuil considère la chaîne d'écraseur de Chassaignac comme l'instrument par excellence dans les opérations de polypes fibreux de l'utérus, il n'a pas cru devoir laisser passer sans protestation les accusations portées par M. Léon Labbé contre cet instrument.

D'abord, M. Verneuil ne pense pas que les accidents dus à l'écraseur soient aussi nombreux que M. Léon Labbé a bien voulu le dire; pour sa part, il n'en connaît qu'un seul exemple, celui que M. Tillaux a communiqué il y a quelques années à la Société de chirurgie. Il s'agis-

sait, dans ce cas, d'un polype fibreux qui, par son développement, avait amené l'inversion de l'utérus, si bien que l'ablation d'une portion de la paroi utérine était à peu près inévitable dans ces conditions, quelle que fût, d'ailleurs, la méthode employée. L'anse galvano-caustique eût encore moins empêché l'accident.

M. Verneuil ne croit pas qu'il soit possible de mettre en parallèle l'écraseur linéaire et l'anse galvano-caustique dans les cas d'opération de polypes fibreux de l'utérus. L'avantage est incontestablement pour le premier. On ne saurait d'ailleurs accuser M. Verneuil de parti pris contre le galvano-cautère, puisque c'est Broca et lui qui ont été longtemps les seuls à se servir du nouvel instrument, et qu'ils peuvent se flatter d'avoir été en France les initiateurs et les conservateurs de cette méthode opératoire. Mais du moment où il a eu dans ses mains, d'une part, l'anse galvano-caustique, de l'autre, l'écraseur linéaire, il n'a pas hésité à choisir celui-ci de préférence pour les opérations d'ablation de polypes fibreux utérins.

Il faut songer, dit M. Verneuil, que nous sommes tous des instructeurs des jeunes générations chirurgicales et que nous devons mettre dans les mains des élèves des instruments dont ils puissent se servir dans la pratique courante. Or je mets en fait qu'en France il existe à peine cinq ou six villes dans lesquelles l'anse galvano-caustique puisse être employée.

M. Verneuil ajoute que l'écraseur linéaire n'est pas plus difficile à manœuvrer que l'anse galvano-caustique, qu'il est même d'un emploi plus facile, plus commode et nullement dangereux, surtout si l'on adopte l'instrument perfectionné de M. Desprès, de Saint-Quentin, qui a imaginé un moyen d'articuler les deux pièces de la chaîne et d'en faciliter ainsi l'introduction.

M. Guéniot accuse la chaîne d'écraseur d'être d'un maniement difficile; cela est vrai, mais avec la modification apportée à cet instrument par M. Desprès, de Saint-Quentin, ou bien encore avec le fil de fer dont se sert M. Verneuil, la difficulté s'atténue considérablement, et, lorsque la chaîne a dépassé le grand diamètre de la tumeur, elle glisse d'elle-même jusqu'au pédicule.

M. Verneuil répète que la chaîne d'écraseur est un instrument merveilleux pour l'ablation des polypes fibreux utérins; il est inutile, d'ailleurs, de faire la section sur un point mathématique, en quelque sorte, comme le veut M. Labbé. On peut, sans inconvénient, laisser une portion du pédicule dans l'utérus.

M. Verneuil se résume en disant que la chaîne d'écraseur, avec les modifications que M. Desprès, de Saint-Quentin, et lui-même y ont apportées, est un instrument assez facile à introduire dans la majorité des cas, et que son emploi, d'une efficacité merveilleuse, n'offre aucune espèce de danger.

M. Gosselin ne veut parler que des polypes fibreux de moyen et de petit volumes. Suivant lui, c'est exagérer que de préconiser, pour l'ablation de ces tumeurs, un instrument spécial, soit le serre-nœud, avec M. Guéniot, soit l'anse galvano-caustique avec M. Léon Labbé, soit l'écraseur linéaire avec M. Verneuil. Sans doute tous ces instruments divers sont excellents quand ils sont maniés avec l'habileté opératoire que possèdent ces chirurgiens, mais ils ne sont pas absolument indispensables dans l'opération des polypes fibreux de l'utérus.

Pour sa part, M. Gosselin leur préfère la simple excision avec les ciseaux. La peur de l'hémorrhagie, qui a fait condamner ce procédé, est assurément le résultat d'une grande exagération. L'hémorrhagie est, en effet, très rare avec le procédé de l'excision par les ciseaux. Dans sa pratique, M. Gosselin, sur 50 opérations qu'il a exécutées, ne l'a observée qu'une seule fois, et cette hémorrhagie a été très facilement arrêtée. Le polype lui-même ne saigne pas, et, en général, n'est pas très vasculaire. Si un écoulement de sang un peu abondant se produit, on l'arrête aisément par la compression avec le tampon.

La grande question dans les opérations de polypes fibreux de l'utérus, c'est de prévenir les accidents septiques. Il faut également éviter les tractions sur la tumeur, car elles exposent à a perforation de la paroi utérine. Il suffit d'immobiliser le polype et de tendre légèrement le pédicule à l'aide de la pince de Museux.

En résumé, tous les procédés sont efficaces, à la condition de s'entourer des précautions convenables, soit pour éviter les accidents septiques, soit pour éviter la perforation de la paroi utérine.

M. Trélat déclare qu'il a éprouvé un plaisir croissant à écouter les discours des orateurs qui viennent de le précéder à la tribune, car il a retrouvé dans leurs diverses argumentations la confirmation complète de ses propres idées; il partage absolument l'opinion tout d'abord exprimée par M. Gosselin. Il a enlevé, comme beaucoup d'autres chirurgiens, un grand nombre de corps fibreux utérins. Il les a enlevés, en se servant également des nombreuses méthodes indiquées : la torsion, l'instrument tranchant, l'écraseur linéaire, le serre-nœud, et, enfin, l'anse galvano-caustique. Toutes ces méthodes opératoires ont leurs indications.

Ces divers procédés d'exérèse sont applicables à des cas déterminés. La difficulté est de faire au préalable un diagnostic exact. Les petites tumeurs peuvent s'enlever par n'importe quel procédé. La difficulté, c'est d'opérer les tumeurs volumineuses, à large surface d'implantation, à développement lent, qui n'ont pas encore franchi l'orifice utérin et qui déterminent des hémorrhagies graves, compromettant la santé et la vie des malades. Une condition vraiment fâcheuse dans ces cas, est que la paroi interne se trouve parfois singulièrement amincie; de là ces accidents déplorables, ces désastres qui sont d'ailleurs communs à toutes les méthodes.

Dans la chirurgie des corps fibreux intra-utérins revêtant la forme polypeuse, la difficulté n'est pas instrumentale, surtout avec toutes les ressources que l'on possède aujourd'hui pour déterminer des sections promptes et exsangues : ce qui reste difficile, c'est le diagnostic du siège, de la largeur, de la profondeur de pénétration du pédicule, et par cela même de la gravité générale des cas qui se présentent.

M. Tillaux trouve que M. Trélat est un peu sorti de la question, car, dans la communication de M. Guéniot, il ne s'agissait que du corps fibreux ayant franchi l'orifice utérin et descendu dans le vagin ou hors du vagin. Il existe deux catégories de ces tumeurs, suivant qu'elles s'implantent sur le fond de l'utérus ou sur la paroi, près du col.

Dans le premier cas, il peut arriver que la tumeur en se développant entraîne le fond de l'utérus, qui se renverse en forme de cul de bouteille, en sorte qu'il n'existe pas de ligne de démarcation entre le polype et l'utérus et que celui-ci forme le pédicule. C'est là une variété extrêmement importante et pour laquelle on peut s'efforcer de trouver un mode opératoire spécial.

Quand, au contraire, le polype est bien pédiculé, tous les procédés sont bons ; cependant M. Tillaux déclare donner la préférence à l'écraseur linéaire.

Dans le cas malheureux de sa pratique, auquel il a été fait allusion, il s'agissait d'un corps fibreux dont le développement avait amené l'inversion complète de la matrice, et dont il était impossible de déterminer la ligne de séparation avec celle-ci.

L'opération avec l'écraseur a été accompagnée de l'ablation d'une portion du fond de l'utérus, et M. Tillaux s'est résolu, dès lors, à ne jamais plus employer, en cas semblable, la méthode de Chassaignac.

Dans les cas dont il s'agit, il ne faut jamais se servir de la chaîne d'écraseur ; il faut recourir aux ciseaux ou au bistouri, en prenant toujours la précaution de couper devant soi. Il ne faut jamais endormir les malades, car il faut leur conserver la sensibilité, qui avertit le chirurgien et l'empêche d'aller au delà de la tumeur. En effet, le corps fibreux est absolument insensible et, dès que la malade accuse une souffrance sur un point, c'est un signe que l'instrument va trop loin, et le chirurgien ainsi averti porte son instrument en deçà de la partie sensible. C'est en tenant compte de cet avertissement qu'il a pu récemment éviter les accidents et l'issue de la première opération.

— La séance est levée à cinq heures un quart. — Celle de mardi prochain est rejetée au jeudi 3 novembre.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané*, par le docteur Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. — Dans cet important travail, le savant médecin de l'hôpital du Midi démontre que les néoplasies syphilitiques hypodermiques peuvent débuter presque immédiatement après l'accident primitif, c'est-à-dire dans la période d'activité virulente de la maladie. Ces néoplasies ont la forme diffuse ou bien circonscrite.

Dans une première variété, que l'auteur désigne sous le nom d'*érythème noueux syphilitique*, l'éruption est principalement localisée aux membres inférieurs et accompagnée de phénomènes fébriles et de troubles névralgiques locaux. Des plaques d'érythème noueux inflammatoire accompagnent ces néoplasies syphilitiques ; mais toujours elles se terminent par résolution. Dans une autre forme, l'érythème est disséminé et n'est pas précédé des phénomènes fébriles qui accompagnent l'éruption dans la forme précédente.

Il existe une autre variété dans laquelle les néoplasies suppurent rapidement après une courte période de crudité. Elles deviennent l'origine d'ulcérations, parmi lesquelles les unes sont bénignes, avec tendance à la guérison, les autres malignes et réfractaires aux traitements.

Enfin, d'après de nombreuses observations de l'auteur, l'apparition des néoplasies hypodermiques a lieu pour celles de la première forme (érythème noueux syphilitique) dans le quatrième mois après le début de l'accident primitif; pour celles de la deuxième forme (néo-

plasies circonscrites bénignes) dans le sixième mois, et pour celles de la troisième forme (néoplasies ulcéreuses) dans le neuvième mois. De plus, pendant l'évolution de ces syphiloses du tissu cellulaire sous-cutané, on ne constate pas de déterminations syphilitiques sur les viscères. Mais on voit coïncider avec elles toutes les manifestations qui accompagnent la période virulente de la maladie, c'est-à-dire la roséole, les éruptions papuleuses et les plaques muqueuses. (*Annales de dermatologie et de syphiliographie*, juin et juillet 1881, p. 419 et 471). — Ch. E.

*Lymphadénome du médiastin*, par M. le docteur DESPLATS.— Une femme de 27 ans, admise à l'hôpital Sainte-Eugénie (de Lille), le 12 septembre 1877, présentait une dyspnée intense, des signes d'asphyxie, et de la matité absolue en avant et en arrière dans tout le côté gauche de la poitrine avec une déviation du cœur à droite. La thoracocentèse donne issue à deux litres de liquide, soulage la malade, mais ne fait pas disparaître la matité sous-claviculaire du côté gauche. Du côté droit, la sonorité est normale, mais il existe du souffle et de l'œgophonie à la base en arrière et en avant; le cœur était dévié à droite. Dans la fosse sus-claviculaire droite, on observe une masse volumineuse de ganglions durs, indolores. Ceux de la fosse claviculaire gauche sont moins tuméfiés. Les urines sont chargées d'albumine. La muqueuse buccale est le siége de larges et profondes ulcérations. Le 15, on pratique une nouvelle ponction, à la suite de laquelle on observe une amélioration générale. Le 26, l'asphyxie se produit de nouveau et la malade succombe le 2 octobre.

On observe, à l'autopsie, une masse blanche, indurée, remplissant la cavité pleurale gauche et ayant refoulé en bas la totalité du poumon gauche. Les autres viscères ne présentent pas d'altérations particulières. L'examen microscopique de la tumeur montra qu'elle était constituée par des éléments conjonctifs étoilés, formant par leurs anastomoses un stroma dont les mailles enveloppaient des cellules lymphatiques. L'examen histologique ne laisse donc pas de doute sur l'existence d'un lymphadénome des ganglions du hile du poumon gauche (*Journ. des Sciences méd.*, de Lille. — Août 1881, p. 540). — Ch. E.

*Hystérie larvée; sueurs profuses des extrémités* (service de M. le docteur SIREDEY). — Une jeune fille de 19 ans fut atteinte, à la suite d'une pneumonie, de sueurs profuses aux pieds et aux mains, et plus tard de palpitations, d'inappétence et d'épigastralgie. La diaphorèse augmentant, la malade entra dans le service de M. le docteur Siredey, à l'hôpital Lariboisière. — Ces sueurs sont localisées aux mains et aux pieds, dont l'épiderme est macéré. Simultanément il existe de l'embarras gastrique et de l'anémie. Quelques jours après survinrent des douleurs qu'on crut d'origine rhumatismale et contre lesquelles le sulfate de quinine, les injections hypodermiques d'atropine et de pilocarpine furent sans efficacité. Un mois après, le 4 avril, la malade tombe en léthargie durant quatre jours, avec des intervalles d'hallucinations et de délire et avec cessation pendant ce temps de la diaphorèse.

Le 10 avril, on observe de l'anesthésie sensitivo-sensorielle diffuse plus marquée du côté gauche; quelques jours après, un nouvel accès de léthargie et des accès convulsifs sont suivis d'une double amaurose complète. Les sueurs reparaissent jusqu'au 1er mai, époque à laquelle on constate de l'anesthésie sensorielle de la langue. Le 3 mai, l'amaurose disparaît mais les sueurs sont abondantes et il existe de l'anesthésie et de la paralysie partielle des membres inférieurs. L'application des aimants produit la disparition de ces derniers accidents et la diminution de la diaphorèse. — L'intérêt de cette observation consiste surtout dans l'existence des troubles vaso-moteurs de nature hystérique ayant été la cause de la diaphorèse et leur amélioration par l'application des aimants (*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, p. 346. — Août 1881). — Ch. E.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 14 au 20 octobre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 920. — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 10. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 13. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 39. — Bronchites aiguës, 16. — Pneumonie, 41. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 46; au sein et mixte, 25; inconnu, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; circulatoire, 60; respiratoire, 66 ; digestif, 34 ; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 7.

CONCLUSIONS DE LA 42e SEMAINE. — L'état favorable de la santé publique se maintient; il semble même progresser, puisque nous avons cette semaine 81 décès de moins (920 au lieu

de 1,001). Pourtant l'étude attentive des causes de cet amoindrissement ne permet pas d'espérer qu'il soit bien durable : il porte en effet sur quelques maladies dites saisonnières (maladies locales des voies respiratoires, circulatoires et des organes digestifs), et il est probable qu'il suivra les conditions météorologiques qui l'ont fait naître. Le dégrèvement de cette semaine peut paraître aussi comme une réaction contre l'augmentation un peu brutale de la semaine dernière, portant notamment sur les décès phthisiques qui de 158 en la 40e semaine s'étaient élevés tout-à-coup à 225 dans la 41e et sont redescendus à 178 en celle-ci ; ce sont là des fluctuations, pour ainsi dire fortuites, ou dont les causes occasionnelles ne nous intéressent guère, puisqu'elles ne font que hâter ou retarder de quelques jours un dénouement toujours fatal à court terme. D'autre part, les mouvements des maladies épidémiques vraiment redoutables chez nous, qu'il faut toujours interroger pour se faire une idée juste de l'état sanitaire du jour et du lendemain, ne permettent guère de présager que le dégrèvement marqué de cette semaine se continue ou seulement persiste; en effet, les chiffres de décès par Fièvre typhoïde, par Variole se maintiennent avec tendance à l'augmentation, et ceux plus considérables par Diphthérie augmentent très notablement (44 au lieu de 35). Je signalerai encore aux chirurgiens l'accroissement des décès par Érysipèle (13 au lieu de 7).

La distribution selon les quartiers offre quelques faits importants à signaler : 4 quartiers qui se trouvent au sud de l'hôpital Saint-Louis (dépôt de varioleux), c'est-à-dire sous le vent du Nord, et l'on sait que c'est le vent dominant de ces dernières semaines, ont fourni à eux seuls les 7/10 des décès par Variole, et c'est dans la même direction que les cartes de morbidité me signalent le plus grand nombre des cas nouveaux ; par exemple, 11 me sont annoncés pour une seule maison dans le quartier des *Quinze-Vingts*, qui non seulement est dans la même direction, mais encore se trouve exposé à un second foyer de contage par l'hôpital Saint-Antoine. La redoutable Diphthérie présente aussi des agglomérations très dignes de remarque : il y a 44 décès par cette maladie, et 2 quartiers à l'extrême nord de Paris : la *Villette* et les *Grandes-Carrières* en ont chacun 4. A l'autre extrémité : le quartier de *Plaisance* et celui du *Val-de-Grâce* chacun trois ; dans le quartier du *Val-de-Grâce* trois cas nouveaux d'invasion me sont signalés, sans qu'il me soit possible de rien dire sur les causes de ces singulières et inquiétantes agglomérations qui vont peut-être constituer des foyers nouveaux de propagation. Hâtons-nous d'ajouter que, contradictoirement à ces craintes, les renseignements qui nous viennent des hôpitaux sont rassurants : car, ainsi qu'on peut le constater, les nombres des entrées par Variole, par Diphthérie, et surtout par Fièvre typhoïde, ont tous été moindres que ceux des semaines précédentes. Il y a entre ces différents faits une opposition que nous ne pouvons que signaler.

D^r^ Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## FORMULAIRE

### Traitement de l'érythème du nouveau-né. — Depaul.

Au début, quand l'érythème ne consiste que dans une simple rougeur, et que l'inflammation est modérée, lavage de la région enflammée avec de l'eau simple, de l'eau de son ou de l'eau aiguisée d'un peu de vin aromatique, essuyer doucement et poudrer largement avec de l'amidon ou toute autre fécule; prescrire un grand bain d'amidon. — Si les matières fécales sont liquides, verdâtres, et que le pourtour de l'anus soit très rouge et très douloureux, en même temps qu'on modifiera l'alimentation, on administrera, 2 ou 3 fois le jour, de petits lavements amidonnés, et on maintiendra en permanence sur le ventre, des cataplasmes arrosés d'huile de camomille ou d'amandes douces. — Quand la peau s'entame, qu'il y a de la tuméfaction et une rougeur vive, on réussit à calmer la douleur, au moyen d'un mince cataplasme de fécule ou de farine de lin très fraîche, dans un sac de mousseline. On remplace plus tard le cataplasme, par des linges fins enduits de cold cream ou de pommade de concombre récente.

N. G.

## COURRIER

Le service médical de nuit. — Le service médical de nuit dans la ville de Paris, d'après la statistique de son fondateur M. le docteur Passant, a eu à faire 1,687 visites du 1er juillet au 30 septembre 1881.

Dans le trimestre correspondant de 'année dernière, il n'y en avait eu que 1,570 ; c'est une

augmentation de 117 pour cette année, ce qui fait une moyenne de 18 visites 3/10e par nuit, au lieu de 17.

Les femmes entrent dans la proportion de 50 0/0; les hommes de 40; les enfants au-dessous de 3 ans, de 10 0/0.

Les arrondissements où il y a eu à faire le plus de visites médicales de nuit sont le XIe (180), le XXe (164), le XVIIIe (153). Ceux où il y en a eu le moins sont le IIe (36), le VIIe (35), le XVIe (25), le VIIIe (21).

Parmi les cas les plus urgents, nous trouvons: accouchement, délivrance, 117; fausse-couche, 50; métrorrhagie, 24; croup, 61; choléra, 5; hernie étranglée, 23; hémorrhagies, 89; empoisonnements, 13; asphyxie par le charbon, 2; asphyxie par submersion, 3; suicide, 4. Enfin morts à l'arrivée du médecin, 41.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 28 octobre 1881.

*Ordre du jour :* Élection à une place de membre correspondant. — Communications diverses.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Le lundi, 20 mars 1882, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour deux places de chirurgiens-adjoints des hôpitaux.

Le lundi, 3 avril 1882, à la même heure, un autre concours public sera ouvert au même lieu, pour trois places de médecins-adjoints des hôpitaux.

Ces concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

— Le lundi 12 décembre 1881, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille un concours public pour cinq places d'Élèves internes.

Le lundi 19 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix places d'Élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

L'HÔPITAL BICHAT. — Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté donnant le nom de Bichat à l'hôpital établi au poste-caserne n° 39, porte Saint-Ouen, afin de « perpétuer le souvenir du savant éminent qui a rendu de si grands services à la science médicale, et dont la réputation est universelle. »

VARIOLE ET VACCIN. — M. Buchanan a pu s'assurer que, pendant cette année 1880-81, la population de Londres (y compris sans doute la zone suburbaine) comptait 3,620,000 individus vaccinés, et 190,000 seulement qui ne l'étaient pas. Avec ces données, il a pu établir les proportions suivantes :

Décès par variole : de tout âge, pour 1 million de vaccinés de chaque âge, 90; pour 1 million de non vaccinés de chaque âge, 3,350.

Décès par variole : au-dessous de vingt ans, pour un million de vaccinés de chaque âge, 61; pour 1 million de non vaccinés de chaque âge, 4,520.

Décès par variole : au dessous de cinq ans, pour 1 million de vaccinés de chaque âge, 40,5 ; pour 1 million de non vaccinés de chaque âge, 5,950.

La mortalité beaucoup plus faible des vaccinés âgés de moins de cinq ans n'est-elle pas, en outre, la meilleure preuve de la nécessité de la revaccination ?

Voilà ce que nous montre la statistique faite en Europe.

Voici maintenant les déterminations pratiques qu'on sait prendre en Amérique :

Le conseil de la ville de Douvres (New-Hampshire), alarmé des progrès de la variole dans le New-England, a pris, dans sa séance de la première semaine de juin, la résolution de désigner dans chaque quartier de la ville un médecin qui serait chargé de visiter chaque maison, hôtel ou magasin, et de vacciner aux frais de la ville toutes les personnes qui auraient besoin de l'être. Il a été recommandé aux médecins nommés à cet effet de vacciner toutes les personnes qui ne l'auraient pas été depuis sept ans, à l'exception de celles protégées par une variole antérieure. Les vaccinations commencées le 11 juin, étaient complètement terminées le 30. Trois mille personnes sur douze mille furent vaccinées, et ainsi préservées pour un bon nombre d'années.



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## NOTE SUR LA DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOIDE DU REIN, SANS ALBUMINURIE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 juin 1881,

Par I. STRAUS,

Agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

II

La littérature médicale est pauvre en documents précis et en observations suivies et bien conduites relativement au point de pathologie rénale qui nous occupe. Virchow et Grainger Stewart ont signalé la disparition temporaire de l'albumine dans les urines, au début et dans le cours de la dégénérescence amyloïde des reins. Cette disparition et la prompte réapparition de l'albumine, dit Rosenstein (1), ne doivent pas être rangées parmi les raretés, ce qui rapproche le rein amyloïde de la néphrite interstitielle.

En 1860, deux élèves d'Oppolzer, Pleischl et Klob, publièrent une observation recueillie à la clinique de ce professeur, et prouvant que l'albumine peut complètement faire défaut dans le rein amyloïde. Il s'agit d'une servante âgée de 29 ans, atteinte de syphilis viscérale, avec dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des *reins* constatée à l'autopsie. L'urine n'avait *jamais été albumineuse* (2).

Grainger-Stewart relate aussi un fait de dégénérescence amyloïde des reins, où l'albumine faisait défaut au début; plus tard, l'urine en contenait de faibles proportions, et cela d'une façon non constante (3). Mais ces faits passèrent entièrement inaperçus.

En 1878, M. Litten publia un travail important basé sur quatre observations, avec autopsie, recueillies dans le service de Frerichs et établissant l'existence du

(1) *Traité pratique des maladies du rein,* trad. française, p. 333.

(2) *Wiener med. Wochenschr.*, 1860. (Cité dans le traité de Rosenstein.)

(3) Grainger-Stewart. *A practical Treatise on Bright's diseases of the kidneys,* Edinb., 1871, p. 132 et 152.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Quelle est l'expression la plus courtoise, le mot le plus parlementaire dont je voudrais me servir pour ceux qui, par peur ou par espoir, se sont émus, il y a quelques jours, en lisant l'annonce d'un nouveau projet de loi sur l'organisation de l'exercice et de l'enseignement de la pharmacie? Voyons, le terme de *naïf* vous paraît-il assez anodin? Oui, n'est-ce pas? Donc, je vais de l'avant en rappelant à ces braves naïfs quelques circonstances qu'ils ont ignorées ou oubliées. Mais ne vous inquiétez pas, cher lecteur; je ne serai pas long sur ce sujet battu et rebattu, et quelques mots me suffiront pour montrer à ceux qui craignent ou à ceux qui espèrent une loi nouvelle que tout cela est pusillanimité d'un côté, et déception de l'autre.

Les lois de ventôse et de germinal an XI avaient à peine vingt-cinq ans d'âge et de fonctionnement que déjà elles étaient l'objet de vives oppositions et de demandes de modification. En effet, déjà, en 1825, la Chambre des pairs fut saisie d'un projet de loi sur la réorganisation de la médecine et de la pharmacie. Les principaux orateurs qui prirent part à la discussion de ce projet de loi furent Chaptal et Cuvier.

Éloquence perdue! Le projet n'aboutit pas; il ne fut même pas, je crois, renvoyé à la Chambre des députés.

Voilà donc la part que prit la Restauration à la modification des lois de ventôse et de germinal.

Le gouvernement de Juillet se montra, sur ce sujet, plus actif et plus libéral. De 1830 à

rein amyloïde sans albuminurie (1). Avant de passer à l'exposition du fait qui m'est personnel, je crois utile de résumer les faits de Litten, avec lesquels le mien présente les plus frappantes analogies.

OBS. I (Litten) résumée. — Jeune homme de 17 ans, phthisique, entré le 13 mai, mort le 9 août. Cavernes pulmonaires, fièvre hectique, sueurs nocturnes, diarrhée; augmentation de volume et de consistance de la rate et du foie. *Pas d'albumine dans les urines,* pas de cylindres, quantité quotidienne d'urine environ 1,000 grammes, poids spécifique 1,011 — 1,015. Pendant la durée de son séjour, la diarrhée alla croissant, œdème progressif; en même temps diminution de la quantité d'urine qui devient foncée, trouble et tombe à 500 — 600 grammes, poids spécifique 1,020. Les urines, examinées tous les jours, ne renferment jamais d'albumine. Vu la constatation d'une dégénérescence amyloïde du foie et de la rate, on procédait à cette recherche avec tout le soin possible. L'ébullition, à la suite de l'addition d'une solution concentrée de sel de Glauber et d'acide acétique, ne déterminait pas le moindre trouble. Pas de cylindres dans les sédiments.

A l'autopsie, outre les lésions de la tuberculose, on constata la dégénérescence amyloïde de la rate, du foie, de l'intestin et *des reins.*

Le rein gauche (le droit fut laissé intact afin d'être injecté) est parsemé à sa surface et sur la coupe de rares tubercules miliaires et de quelques noyaux tuberculeux blanc-jaunâtres, un peu plus volumineux. La substance corticale, de largeur normale, est pâle, blanc-grisâtre. Par l'addition de l'iode, on voit apparaître des points et des stries nombreuses, d'un brun intense.

A l'examen microscopique « un grand nombre de glomérules sont dégénérés; le glomérule est pris tout entier et transformé en une masse homogène intense. Les glomérules épargnés le sont complètement; on ne trouve pas de glomérules dont quelques anses seulement sont altérées, les autres demeurant saines. Ils sont ou totalement dégénérés, ou totalement sains.

Il existe en même temps une dégénérescence amyloïde des artères interlobulaires, des *vasa afferentia* et des *arteriolæ rectæ* de la substance médullaire, en même temps que des capillaires interstitiels. Le parenchyme rénal est en somme intact, sauf une infiltration graisseuse assez prononcée de l'épithélium des tubes contournés. »

OBS. II (Litten) résumée. — Femme de 23 ans, tuberculeuse (cavernes). Rate volumineuse, dure au palpèr, diarrhée profuse; l'urine est examinée avec soin pendant les 13 jours qui suivirent l'admission et précédèrent la mort. Quantité quotidienne 1,000—1,100 grammes;

(1) Litten (M.). Zur Lehre von der amyloïden Entartung der Nieren. (*Berliner klinische Wochens.*, 1878, n[os] 22 et 23.)

---

1832, sous le ministère Guizot, nomination d'une grande commission de réorganisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, et dont notre doyen, M. J. Guérin, fut nommé rapporteur.

Envoi de ce travail à l'Académie de médecine, où il trouva, surtout chez le docteur Double, un éloquent interprète et défenseur.

Efforts inutiles et dont rien ne sortit.

En 1845, et après le grand Congrès médical qui se tint cette année, nomination d'une nouvelle et grande commission chargée de préparer un projet de loi d'organisation de la médecine et de la pharmacie (enseignement et exercice).

Je ne crois pas que cette commission ait rien publié de ses travaux; mais, en 1847, présentation à la Chambre des pairs du projet de loi Salvandy, qui embrassait l'organisation complète de l'enseignement et de l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

On sait avec quel éclat ce projet de loi fut discuté à la Chambre des pairs, où, après quelques modifications, il fut adopté.

Ce projet de loi était arrivé à la Chambre des députés lorsque éclata la révolution de Février, qui le fit ajourner, ajournement qui dure encore.

Pendant la deuxième République, rien, ou à peu près rien, à peine quelques efforts isolés qui ne franchirent pas les bureaux de l'Assemblée nationale.

Sous le deuxième Empire, à part le décret du 3 mai 1852, relatif aux remèdes nouveaux et secrets, rien autre qu'un projet de loi qui ne fut communiqué qu'au Comité consultatif d'hygiène, où il fut discuté, mais dont on n'a plus entendu parler.

Voilà, je crois, la part qui revient aux divers gouvernements qui se sont succédé depuis la promulgation des lois de ventôse et de germinal, dans les tentatives faites pour les modifier.

poids spécifique, 1,010 ; pâle, jaunâtre, claire, non sédimenteuse. Malgré l'examen le plus attentif, *pas d'albumine* ni de cylindres.

A l'autopsie, phthisie ulcéreuse du poumon et de l'intestin, rate sagou, foie gras avec dégénérescence amyloïde des vaisseaux, dégénérescence amyloïde de la muqueuse intestinale et *des reins*. Cœur flasque et graisseux.

Le rein gauche (le droit est laissé intact et injecté) est un peu augmenté de volume, lisse, anémique. Sur la coupe, la substance est très pâle, sans autre modification. La réaction iodique à l'œil nu, donne une coloration bien marquée dans la substance médullaire, sur les vaisseaux droits; dans la substance corticale, on ne reconnaît à l'œil nu que de rares points brunâtres (glomérules).

L'examen microscopique confirme l'examen à l'œil nu. Les *artères droites* sont les plus fortement dégénérées; dans la substance limite (zone intermédiaire), on voit entre les faisceaux des canalicules droits, des faisceaux parallèles d'artérioles droites colorées de la façon la plus évidente par la teinture d'iode en rouge brun. Dans la substance corticale, dégénérescence modérée des glomérules, ne portant que sur quelques anses vasculaires et non sur la totalité d'entre elles. La plupart des glomérules sont parfaitement intacts. Par place, dégénérescence des capillaires de la substance corticale, des *vasa afferentia* et des artères interlobulaires, mais moins prononcée que dans la substance médullaire. Pas d'altération notable du parenchyme rénal, si ce n'est une dégénérescence graisseuse assez accusée de l'épithélium des canaux droits de la substance médullaire.

Obs. III (Litten) résumée. — Femme de 42 ans, se plaignant surtout de troubles digestifs. Augmentation de volume du foie et de la rate, qui sont durs et indolores à la palpation. Légère ascite. Pas d'anasarque. Urines, quelque temps avant la mort, de 900 à 1,000 grammes par jour, poids spécifique, 1,011 à 1,013, claires, jaunes, non sédimenteuses. Malgré un examen quotidien minutieux, on ne constata jamais la présence d'albumine ni de cylindres. Mort quinze jours après son entrée à la clinique.

A l'autopsie, foie syphilitique type, augmenté de volume, traversé de profondes dépressions cicatricielles; dans le parenchyme, quelques gommes disséminées. A l'examen microscopique, dégénérescence amyloïde d'un grand nombre de rameaux de l'artère hépatique et de la veine porte. Rate sagou.

Les reins, de volume normal, durs, anémiques; à la réaction iodique, coloration des vaisseaux de la région médullaire; pas de coloration appréciable des vaisseaux corticaux des glomérules. A l'examen microscopique, on constate que ce sont les *artères droites* qui sont dégénérées de la façon la plus accusée. Les glomérules sont, les uns totalement intacts, les autres dégénérés, mais en partie seulement, de sorte qu'ils paraissent simplement tachetés par l'iode ou par le violet de méthylaniline. Les vaisseaux afférents des glomérules ne sont également dégénérés que par place. Les capillaires interstitiels de la substance corticale sont

---

Dans le Parlement, plusieurs tentatives, dues à l'initiative de ses membres, et comme aucune d'elles n'a abouti, il est inutile de les rappeler.

Inutile aussi de rappeler les projets dus à l'initiative d'un grand nombre de Sociétés savantes ou professionnelles, médicales ou pharmaceutiques. Rien de tout cela n'a abouti, et l'administration, dont le personnel change tous les six mois, se trouve effrayée devant des projets dont le moindre soulève les plus hautes questions de sociologie.

Si, après avoir évoqué le souvenir de la stérilité de toutes ces tentatives, de tous ces efforts, un naïf se rencontrait qui prît peur ou conçût l'espoir d'une organisation nouvelle, eh bien! en vérité, j'aurais pitié de lui, en lui votant des prières pour le retour de la lucidité de son esprit.

Quel énorme volume sortirait de vos presses, très honorable et cher Monsieur Malteste, si je réunissais, pour le republier, tout ce que j'ai écrit sur ce sujet. Peut-être, hélas! y trouverai-je des idées contradictoires, car

Qui de nous en tout temps fut fidèle à soi-même?

Je n'ai pas cette prétention; avec le même poëte, et par cela que je suis homme, je n'ai aucune honte d'ajouter :

L'homme est bien variable. . . . . .

***

Un bon conseil aux gourmets. Quel goût singulier les porte à se délecter de gibier fai-

intacts. Pas d'autre lésion, si ce n'est une stéatose légère de l'épithélium des canalicules droits.

Obs. IV (Communiquée à Litten par Weigert). — Phthisique qui ne présenta pendant les derniers temps de sa vie (la durée n'est pas spécifiée) pas de trace d'albumine dans les urines. A l'autopsie, reins anémiques et ne paraissant pas altérés macroscopiquement; on n'aurait pas recherché la dégénérescence amyloïde, si elle n'avait été apparente sur les autres viscères. A l'examen microscopique, dégénérescence amyloïde modérée des glomérules et des artérioles de la substance corticale. Pas d'autre lésion microscopique du rein.

Obs. IV (personnelle). — *Pleurésie purulente. Tuberculose pulmonaire. Dégénérescence amyloïde de la rate, du foie, de l'intestin, des reins. Pas d'albuminurie.*

Coulange (J.), âgée de 39 ans, ménagère, entre à l'hôpital Tenon, salle Sainte-Geneviève, lit n° 13, le 8 décembre 1879, dans le service de M. Grancher.

Bronchites fréquentes, maux d'yeux et engorgements ganglionnaires dans l'enfance. Deux sœurs et un frère morts jeunes de tuberculose. Il y a 4 ans, frissons, points de côté et séjour de deux semaines à l'hôpital Temporaire. Jamais d'hémoptysies; 4 enfants morts en bas âge.

En novembre 1879, toux sèche, fièvre, amaigrissement, soif, perte des forces. Au commencement de décembre, elle éprouve des points de côté légers à droite, accompagnés de recrudescence de la fièvre et d'oppression ; elle se décide à se faire admettre à l'hôpital.

A son entrée, M. Grancher constate l'existence d'un épanchement pleurétique assez abondant du côté droit. Le 15 décembre, il pratique la ponction, donnant issue à un litre de liquide clair. Deux semaines après, nouvelle ponction suivie d'évacuation de la même quantité de liquide.

29 janvier 1880, l'épanchement s'étant reformé et l'oppression reparaissant, on retire, par une nouvelle ponction, un litre d'un liquide un peu louche. La douleur a été très vive pendant l'opération.

18 février. Les sueurs sont revenues, les forces et l'appétit déclinent, le point de côté reparaît à la base droite. Palpitations et étouffements à la moindre fatigue ; pas de diarrhée.

Matité occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit, en avant et en arrière. Abolition des vibrations thoraciques, silence à la base, voix jetonnée; au sommet droit, respiration soufflante et craquements humides. A gauche, respiration supplémentaire, avec quelques râles.

Pendant le reste de l'année 1880, en présence de la nature manifestement tuberculeuse de l'affection, on ne fit pas de nouvelle ponction. La malade fut traitée par les toniques, et son état resta stationnaire. Elle toussait beaucoup, avait des sueurs nocturnes et de la fièvre le soir; mais ces symptômes étaient peu accusés. L'appétit restait relativement bon, malgré des vomissements assez fréquents. *Son urine, examinée à diverses reprises, n'a jamais contenu d'albumine.*

---

sandé ? Or savez-vous ce que vous mangez lorsque vous savourez un gibier qui, selon vous, a atteint l'apogée de son esculence, c'est-à-dire un gibier en train de se décomposer?

Suivant MM. Lemaire et Pasteur, la décomposition des corps morts s'accomplit en deux périodes :

Dans la première, qui s'annonce par une odeur particulière et nauséabonde, on constate dans les chairs la présence de plus de trente espèces d'animaux microscopiques occupés à en dépecer les parties.

Dans la seconde, qui est caractérisée par l'apparition d'une matière verte, les infusoires qui ont provoqué la période fétide, disparaissent peu à peu pour faire place à des animaux plus développés en taille, tels que les *Engelmiens*, les *Vorticelles*, etc., précurseurs naturels des vers visibles à l'œil nu.

Dans l'une comme dans l'autre, la viande, si on peut encore donner ce nom au détritus infect dont vous vous régalez, n'offre plus qu'un bataillon d'insectes grouillant, s'évertuant à la transformer et à la détruire.

Ajoutons bien vite qu'au dire des micrographes, ces animalcules sont de la même nature, peut-être les mêmes, que ceux-ci qui, dans certaines maladies, dans le charbon par exemple, sont les agents actifs de la décomposition du sang. Pouah !... et maintenant bon appétit !

***

Les psychologistes ont longtemps discuté, discutent encore et discuteront toujours sur cette triste question : Le suicide est-il oui ou non un acte de folie? Les uns disent oui, les autres non. D'une manière absolue, ils ont sans doute tort tous les deux. Il est des suicides très compatibles avec la raison; il en est d'autres qui ne s'expliquent guère que par un acte d'aber-

En novembre 1880, on constate pour la première fois l'existence d'un pneumothorax à droite. Ce pneumothorax s'est établi sourdement, car la malade ne s'est plainte ni de douleur ni de dyspnée particulière pendant les semaines ou les jours précédents, et l'on procédait assez souvent à l'examen physique de la poitrine.

A partir de cette époque, l'état de la malade alla chaque jour en s'aggravant. La toux quinteuse amenait une expectoration abondante, purulente, surtout le matin. Cependant, il n'y eut jamais de véritable vomique. Vomissements alimentaires tous les soirs; disparition de l'appétit.

Le 1er janvier 1881, je pris le service. Comme je m'occupais de recherches sur l'albuminurie des phthisiques, l'urine de cette malade *fut examinée méthodiquement, presque tous les jours.* La quantité variait entre 600 à 950 grammes (la malade présentait presque constamment une diarrhée assez forte). Couleur plutôt foncée que pâle, densité 1012 à 1014. *Jamais on n'a constaté le moindre précipité d'albumine.*

Pas d'œdème.

Le 2 mai (3 jours avant sa mort), la malade fut réveillée dans la nuit par une douleur atroce dans le pied droit; cette douleur, qui occupait la partie inférieure de la jambe et tout le pied, était surtout excessive dans la région plantaire. Le lendemain, le pied était refroidi et la peau marbrée de plaques rouges violacées. Il était impossible de percevoir les battements de l'artère pédieuse ni ceux de la tibiale postérieure, que l'on sentait bien du côté opposé (thrombose artérielle). La douleur, atroce, ne put être calmée que par des injections de morphine.

Mort le 5 mai.

*Autopsie* pratiquée 36 heures après la mort. On constate, par le procédé ordinaire, la présence du pneumothorax. Dans la plèvre droite épanchement purulent de deux litres à deux litres et demi. Le poumon droit est aplati contre la colonne vertébrale et fixé par des adhérences très solides. Il est parsemé, dans les deux tiers supérieurs, de cavernes et de nombreux tubercules caséeux. Le poumon gauche est adhérent aux parois thoraciques dans presque toute son étendue; le lobe inférieur est congestionné, mais sain; le sommet présente une infiltration tuberculeuse, sans cavernes.

Le cœur est flasque, mou, avec un dépôt assez abondant de graisse le long des bords et des sillons artériels. Pas d'hypertrophie ni de lésion valvulaire. A la coupe, le myocarde présente une coloration jaune-brun foncé.

Le foie présente un volume normal et les bords sont assez tranchants. Sur la coupe, les lobules se dessinent nettement. Le tissu présente une coloration jaune graisseuse, anémique et une sécheresse assez prononcée.

Le foie traité, séance tenante, par la teinture d'iode iodurée, on produit, par places, *des taches brun-rougeâtres, caractéristiques de la dégénérescence amyloïde.*

Canal cholédoque libre. Bile verdâtre, fluide dans la vésicule.

La rate est volumineuse, très dure, enveloppée d'une coque épaisse, blanche, brillante, de

---

ration mentale. Tel est celui que quelques journaux ont récemment publié et dont je crois devoir reproduire l'étrange récit :

Un propriétaire de Tilliers vient d'attenter à ses jours dans des circonstances vraiment surprenantes, dit le *Courrier d'Angers.*

Depuis huit années, M. X... était atteint d'une singulière maladie qui le portait à se donner la mort ou à tuer les autres. Jouissant néanmoins de sa raison, il luttait avec courage contre cette monomanie. Il avait déjà tenté plus d'une fois de se suicider; un jour qu'il s'était pendu on était arrivé à temps pour couper la corde. Dans une autre circonstance, il s'était emparé d'une pioche et poursuivait son fils avec acharnement tout en lui criant : « Sauve-toi, mon fils, je vais te faire du mal, bien du mal! » Aussi le malheureux avait-il fait disparaître soigneusement tout arme et tout instrument capable de favoriser son penchant irrésistible. De son côté, sa famille observait à son égard la plus active surveillance. Dimanche matin, 16 octobre, le fils, qui ne quittait jamais son père, fut obligé de s'absenter; il chargea une voisine de faire bonne garde auprès du malade jusqu'à son retour. Mais pendant l'intervalle, cet homme parvint à tromper la vigilance de la voisine et disparut. Le frère du monomane, aussitôt averti, se mit à sa recherche. Il était, à ce moment, six heures du matin et la clarté du jour était encore bien faible. Toutefois, M. B... ne tarda pas à rencontrer dans un champ un homme qui prit la fuite à son approche. L'obscurité l'empêchait de reconnaître parfaitement si c'était son frère.

Toutefois, M. B... l'appela et le conjura de revenir parce qu'il venait de jeter sa famille dans la plus vive inquiétude. A ces paroles, la raison prenant encore le dessus, l'autre s'approcha. Il avait la figure dans un état affreux; toute la partie inférieure retombait en lambeaux sur la poitrine. En même temps des voisins accouraient porter secours à la victime,

perplexité. A la coupe, *rate sagou* type, donnant par le réactif ioduré une magnifique coloration rouge-brune des corpuscules de Malpighi dégénérés.

Pas d'ulcération tuberculeuse ni d'altération apparente de la muqueuse intestinale (intestin grêle); mais en promenant à la surface le réactif iodique on détermine une coloration brune générale de la muqueuse, avec stries transversales plus nettes, correspondant aux vaisseaux.

Les reins sont de volume normal, la capsule se détache facilement. La teinte de la surface est rouge pâle; les étoiles de Verheyen nettement marquées.

Sur la coupe pratiquée selon le grand diamètre, l'écorce présente une coloration gris rosée, avec de petites traînées d'un rouge plus foncé. L'épaisseur de la substance corticale est normale.

Les pyramides présentent également un aspect normal et une coloration rouge plus foncée que la substance corticale.

En faisant agir la teinture d'iode iodurée, on ne constate, *à l'œil nu*, aucune coloration spéciale de la substance corticale, tandis que la base des pyramides est striée par des faisceaux rectilignes qui se colorent nettement en brun par le réactif.

Caillot blanc (thrombose artérielle) dans l'artère tibiale postérieure droite.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Faits expérimentaux en contradiction avec les idées reçues relativement aux paralysies d'origine cérébrale et à la physiologie des centres moteurs de l'encéphale*, par le docteur Brown-Séquard, professeur de médecine expérimentale au Collége de France. — Les expériences de l'éminent professeur ont été faites dans le but de vérifier des théories généralement admises sur les centres moteurs, à savoir : 1° que chaque moitié de l'encéphale est le siége des centres moteurs des membres du côté opposé; 2° que les conducteurs de la motilité volontaire, venant du cerveau, descendent dans les pédoncules cérébraux et subissent une décussation dans le pont de Varole (d'après la manière de voir des physiologistes), ou bien dans la partie inférieure de la moelle allongée (d'après l'opinion des cliniciens); 3° que chaque paralysie est l'effet d'une lésion d'un centre moteur localisé de l'encéphale.

M. Brown-Séquard expose les faits expérimentaux suivants :

Première série d'expériences. — I. *Paralysies produites par des sections transversales d'une moitié latérale de la base de l'encéphale, et spécialement du pont de Varole.* — D'après les travaux de Magendie, Vulpian, Schiff, Lussana et Lemoyne, la section transversale de l'une des pyramides antérieures produirait la paralysie des membres du côté opposé. M. Brown-Séquard lui-même a enseigné que l'hémisection de la moelle allongée chez le chien et le lapin donnait lieu aux mêmes phénomènes. De plus, il a montré que l'hémisection latérale de

---

L'un d'eux raconta qu'il avait entendu deux coups de fusil suivis de gémissements plaintifs. Il était alors accouru et avait trouvé M. X... s'en allant la figure mutilée et perdant une grande quantité de sang. A quelques pas de lui gisait un fusil déchargé. Voici ce qui s'était passé. Le fils du monomane avait caché un fusil dans ce champ la veille au soir. Le père s'en étant aperçu avait profité d'un instant où il était seul, le lendemain matin, pour aller saisir l'arme et se frapper à la tête. On le ramena chez lui dans ce déplorable état. Un médecin de Montfaucon, appelé auprès du malade, déclara que tous les soins seraient inutiles. La mâchoire inférieure se trouve brisée et détachée complètement. Le malade est dans l'impossibilité de prendre aucun aliment. Il va certainement mourir de faim avec pleine conscience de sa situation.

*
* *

Voyons, est-ce pour de bon? est-ce pour rire? Un confrère de Lille, M. le docteur van Peteghem, qui me paraît un homme sérieux, m'adresse une très bienveillante lettre qui débute ainsi : « Mais oui, il y a un remède contre le ver blanc... » Et pour me remercier, ajoute-t-il, du plaisir que lui causent mes *Causeries*, c'est à moi qu'il veut confier le secret de la possibilité de la destruction de la larve du hanneton. Merci, excellent confrère, mais l'égoïsme n'étant pas mon cas, vous permettrez bien que je communique à mes lecteurs le passage de votre lettre où vous indiquez ce précieux remède. Le défaut d'espace me force à supprimer tout ce qui n'est pas directement relatif à la question dont notre confrère lillois croit avoir trouvé la solution. Voici ce passage :

« Lille, le 23 octobre 1881.

« L'entomologie nous apprend que la femelle du hanneton pond ses œufs en juin, à 1 ou

parties de la moelle considérées comme dépourvues de propriétés motrices, produisait souvent une paralysie des membres, variable dans son siége. Les transmissions motrices ont donc lieu ailleurs que dans les pyramides antérieures et la décussation de ces fibres, si la théorie est vraie, devrait être placée plutôt dans la moelle allongée que dans la base de l'encéphale.

En outre, des sections d'une moitié latérale du pont de Varole, produisent toujours des paralysies du côté correspondant et non pas des paralysies du côté opposé, contrairement à la théorie. En combinant les sections des deux pédoncules, de sorte que l'une s'étendant à la totalité d'un des pédoncules, la seconde ne comprenne qu'une moitié de l'autre pédoncule, au lieu d'obtenir une paralysie totale d'un côté et partielle de l'autre côté, on observe la paralysie, le plus souvent, d'un seul côté, tantôt du côté correspondant, tantôt du côté opposé, suivant l'espèce et l'âge des animaux. De même, les résultats sont aussi variables en faisant porter la section sur une moitié latérale de la partie supérieure du pont de Varole. Or, d'une part la décussation au point de vue de la structure anatomique, n'offrant pas de différence chez le chien, le chat, le cobaye, animaux qui ont été mis en expérience, et d'autre part les résultats ayant été des plus variables, le professeur Brown-Séquard considère l'hémiplégie dans ces expériences, comme l'effet d'une autre cause que la section des fibres motrices.

II. *Action des prétendus centres moteurs, après une hémisection transversale de la base de l'encéphale.* — La section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale au-dessus de la moelle étant habituellement suivie d'une augmentation de puissance des centres moteurs du côté correspondant, il faut admettre que les fibres qui ont subi la décussation dans le pont de Varole, ne comprenaient pas la totalité des moyens d'union entre les centres moteurs et les muscles d'un point quelconque du corps. Or, M. Brown-Séquard a établi que chez le chien et le singe (V. *Gaz. méd. de Paris*, 25 juin 1881), le corps calleux est le point de passage d'un grand nombre de ces fibres de transmission aux muscles du côté opposé et que cependant, après la section longitudinale de ce même corps calleux, chacun des centres moteurs peut encore mettre en mouvement les fibres musculaires du côté opposé. Alors il existerait deux voies de transmisions des excitations, l'une par le corps calleux, l'autre par les dédoncules cérébraux et les autres parties de la base de l'encéphale.

III. *Mouvements singuliers produits par l'excitation des divers points de la base de l'encéphale.* — On peut produire des mouvements en galvanisant la pyramide antérieure, ou le partie antéro-interne du pont de Varole au niveau des pédoncules cérébraux. De plus, étaut donné une section transversale d'une moitié latérale de la moelle allongée ou du pont de Varole, la galvanisation de la surface inférieure de la section provoque des mouvements du côté sectionné. Si on fait deux sections *transversales* superposées, réunies par une troisième section *longitudinale*, de manière à isoler entre les trois sections un îlot de substance nerveuse, îlot qu'on enlève, on obtient trois surfaces, deux transversales, — inférieure et supérieure, — et une longitudinale, appartenant à la moitié latérale du côté opposé. La galvanisation des sur-

---

2 centimètres de profondeur. Les mois suivants, ces œufs donnent naissance à des larves qui pullulent presque à la surface du sol. Ces larves vivent trois ans, descendent dans le sol pendant l'hiver, pour remonter à la surface au printemps. Déjà, vers la fin de mai, les larves aînées sont réunies à la surface, à 2 ou 3 centimètres de profondeur.

« C'est le moment propice pour les détruire. Il faut alors *déchaumer le sol;* il faut surtout agir de juin à la mi-septembre.

« Voilà le remède, voilà le moyen sûr de détruire cette affreuse larve. Sans doute ce remède nécessite des labeurs; que voulez-vous, dans ce monde on n'a rien sans mal, et la *chance* est un mot inventé par les paresseux.

« Agréez, etc. Dr VAN PETEGHEM. »

Connaissiez-vous la signification du verbe *déchaumer?* Je vous avoue que je l'ignorais complètement avant la lettre de mon confrère de Lille, qui m'a obligé de recourir aux dictionnaires. Voici celle de Larousse et qui m'a paru la plus claire :

« DÉCHAUMER, v. t. Enterrer avec la bêche et la charrue ce qui reste de chaume après la moisson. »

Mon cher lecteur, si vous n'êtes pas content, allez le dire à Lille.

Dr SIMPLICE.

---

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — L'administration de l'Assistance publique étudie en ce moment un projet d'amélioration des bâtiments de l'hôpital des Enfants-Malades, comprenant la construction de trois nouveaux pavillons.

faces des sections transversales donnerait lieu à des mouvements du côté de ces deux surfaces et la galvanisation de la surface longitudinale produirait aussi des mouvements du côté de cette dernière surface. Ces phénomènes sont reflexes; le point de départ étant l'endroit même de l'irritation, et la propagation ayant lieu à travers le côté opposé de l'encéphale et de la moelle. Il en est de même par l'excitation des fibres décussées de la base de l'encéphale et spécialement des pyramides antérieures. Ces faits expérimentaux sont en contradiction avec les théories généralement reçues relativement à la physiologie de la base du cerveau. Le professeur Brown-Séquard les fait connaître sans discuter les questions qui en sont les conséquences (*The Lancet,* 6 août 1881, p. 255).

Quelle que soit la valeur de ces expériences physiologiques, on doit en tenir compte dans la pathologie de l'encéphale, quoiqu'elles paraissent en opposition avec de nombreux faits cliniques bien observés. Ils prouvent que la physiologie et la pathologie n'ont pas encore dit leur dernier mot dans ces questions encore à l'étude. — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente une note de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, sur la cause de l'immunité des adultes de l'espèce bovine contre le charbon symptomatique ou bactérien, dans les localités où cette maladie est fréquente.

« Tous les vétérinaires ont noté qu'à l'état enzootique le charbon bactérien atteint surtout les génisses ou les bouvillons âgés de un à deux ans. Dans le Bassigny, où l'affection est malheureusement extrêmement commune, cette particularité n'a point échappé aux propriétaires; ils estiment que, passé l'âge de quatre ou cinq ans, les sujets de l'espèce bovine sont peu ou point exposés à contracter le charbon symptomatique. L'un de nous est en mesure d'affirmer que cette conviction repose sur un fait réel, car, depuis plus de quinze ans qu'il exerce la médecine vétérinaire à Dammartin (Haute-Marne), il n'a jamais vu le charbon atteindre un animal adulte, né et élevé dans le pays.

Cette immunité est très remarquable et méritait que nous l'examinassions. Serait-ce un privilège de l'âge, ou, pour parler plus scientifiquement, serait-ce un effet des modifications que l'organisme a subies, lorsqu'il est parvenu à l'état adulte? Cette hypothèse était peu vraisemblable. Effectivement ce privilège n'appartient qu'aux adultes élevés dans les localités à charbon. En Algérie, où les animaux sont conduits des plateaux au littoral méditerranéen, séjournant fort peu de temps chez divers propriétaires, le charbon bactérien fait des victimes de tout âge.

Dans le Bassigny même, un cas de charbon s'est présenté, le 26 novembre 1878, sur une vache de six ans; mais une enquête a appris que cette bête avait été récemment importée de la ferme de Collonges, canton de Mirebeau (Côte-d'Or), où la maladie ne régnait point.

Étant donné que l'immunité n'est acquise qu'aux adultes élevés dans les milieux infectieux, il nous paraissait logique d'abandonner la précédente hypothèse et d'assimiler cette immunité à celle que l'on peut donner artificiellement par l'inoculation d'une dose infinitésimale d'agents infectieux. Autrement dit, nous supposons que la plupart des jeunes animaux qui vivent dans un milieu infecté s'inoculent spontanément avec des doses très diverses de virus; ceux qui s'inoculent une dose forte contractent une maladie mortelle, tandis que ceux qui s'inoculent une dose minime contractent une maladie bénigne, avortée, suffisante toutefois pour leur conférer une immunité d'abord légère, mais susceptible d'être renforcée par des inoculations, si bien que, lorsqu'ils sont arrivés à l'âge adulte, après avoir traversé mille dangers, ils possèdent une immnnité plus ou moins grande, proportionelle à l'imprégnation virulente qu'ils auront éprouvée, et parfois absolue.

Pour soumettre cette interprétation au contrôle de l'expérimentation directe, nous nous sommes procuré les animaux suivants :

1° Une vache âgée de dix ans, appartenant à M. Th. Cornuel, propriétaire à Avrecourt, canton de Montigny (Haute-Marne), qui en quartorze ans a perdu treize jeunes bêtes du charbon symptomatique. Cet animal est le seul survivant de tous ceux qui sont nés chez son propriétaire dans ce laps de temps.

2° Une vache âgée de neuf ans, née et élevée dans une étable infectée par le charbon, celle de M. Michaut, propriétaire à Meuse, canton de Montigny (Haute-Marne).

3° Une autre vache âgée de neuf ans, que nous allâmes chercher à 4 kilom. de Gray (Haute-Saône), dans la ferme de Chamois, où le charbon symptomatique ne s'est pas montré depuis au moins dix-huit ans,

Au mois de juillet dernier, ces trois animaux furent inoculés dans le tissu cellulaire avec la même dose de virus extrait d'une tumeur charbonneuse. Conformément à nos prévisions, les deux adultes choisis dans les étables infectées sortirent de l'épreuve sains et saufs, tandis que la vache de Gray succomba cinquante et une heures après l'inoculation, avec tous les signes du charbon bactérien.

En septembre, les vaches des étables infectées furent inoculées une seconde fois comparativement avec un jeune bouvillon de six mois; elles supportèrent également bien cette deuxième épreuve; au contraire, le bouvillon mourut.

Nous croyons qu'en rapprochant le résultat de ces expériences des faits que les praticiens recueillent chaque jour, on peut conclure que l'immunité dont il est question dans cette note se rattache à des inoculations ou vaccinations spontanées. Il n'est même pas nécessaire, on le conçoit, que les animaux parviennent jusqu'à l'âge adulte pour acquérir les conditions de résistance au fléau ; les expériences faites à Chaumont et communiquées récemment à l'Académie par M. Bouley (*voir* séance du 3 octobre 1881) en ont fourni la preuve, pnisque trois sujets sur douze ont inégalement résisté à l'inoculation à laquelle on les avait soumis.

Il nous semble que notre conclusion sur la natnre de la résistance des adultes à l'infection charbonneuse présente un grand intérêt au point de vue de la médecine générale. On comprend que nous voulons parler de l'immunité relative dont jouissent un grand nombre d'individus adultes ou âgés, certains groupes d'individus journellement exposés aux causes d'infection ou même certaines peuplades, au milieu de foyers épidémiques ou endémiques, immunité dont on voit tant d'exemples. »

M. Bouley fait observer, après cette présentation, que les influences héréditaires pourraient bien avoir une part dans le développement de cette immunité de race et de lieux que possèdent les animaux dans les localités où sévissent des épizooties. A cette occasion, il rappelle les expériences de M. Chauveau, de M. Toussaint et des expérimentateurs lyonnais sur l'immunité contre le charbon, acquise aux agneaux nés de mères réfractaires à cette maladie, et il donne communication d'un nouveau fait, du même ordre, qui vient d'être observé par M. Rossignol, de Melun, sur quelques animaux d'un troupeau soumis à l'inoculation préventive du charbon. Ce troupeau était composé, en majeure partie, de brebis sur le point d'agneler. Il s'en est suivi qu'un grand nombre de ces brebis ont fait leurs agneaux entre la première et la seconde vaccination. M. Rossignol a profité de cette particularité pour faire l'épreuve, sur cinq agneaux qui étaient nés après la première inoculation de leurs mères, du degré d'immunité que cette vaccination avait pu leur conférer, à eux individuellement, et il leur a inoculé d'emblée le vaccin du second degré, qui est assez puissant pour faire périr la moitié des animaux qui le reçoivent sans avoir été protégés par une première vaccination. Les cinq agneaux sont sortis indemnes de cette épreuve. Ils avaient donc été vaccinés déjà dans le ventre de leurs mères, et au même degré qu'elles, par la première vaccination qu'elles avaient subie. Des faits de cet ordre se produisent spontanément dans les pays infectés par des épizooties, surtout lorsqu'elles sont permanentes, et sans doute qu'il existe un rapport, dans une certaine mesure tout au moins, entre eux et ces immunités de race que l'on observe dans ces pays.

M. Pasteur présente, au sujet de la même Communication, les observations suivantes :

« On aurait tort de croire à une loi générale, sur l'aptitude plus grande des jeunes animaux à recevoir les contagions. Cela est vrai souvent, mais il y a des exceptions. Je vais en faire connaître une assez remarquable. Les expériences doivent être encore multipliées pour la bien établir.

Dans la séance du 25 mai 1880 de l'Académie de médecine, j'ai annoncé que M. Alph. de Candolle avait eu l'obligeance d'appeler mon attention sur quelques pages d'un ouvrage qu'il a publié en 1873, relatives à l'immunité dont nous jouissons aujourd'hui pour diverses maladies infectieuses, comparativement aux époques antérieures et à ce qui se passe encore de nos jours, toutes les fois, par exemple, que les Européens importent la variole dans des populations qui n'ont pas été éprouvées antérieurement par ce fléau. M. de Candolle, qui est porté à attribuer notre immunité relative à une influence d'hérédité, m'invitait à soumettre à une épreuve expérimentale les vues préconçues de son ouvrage, en provoquant des naissances à l'aide de poules vaccinées pour le choléra des poules. J'avais eu cette idée avant de recevoir la lettre de M. de Candolle, mais son aimable invitation me détermina à tenter des essais, plus tôt peut-être que je ne l'aurais fait sans cela.

Je fis donc couver des œufs de poules *vaccinées pour le choléra,* et j'essayai ensuite de provoquer la maladie sur les poussins, à l'aide de repas infectieux, c'est-à-dire de repas de viandes de poules mortes du choléra. Cette méthode, comme je l'ai déjà fait connaître, réussit souvent à faire mourir les poules adultes. Les petits poussins résistèrent et l'on aurait pu

croire qu'ils avaient hérité de l'immunité de leurs parents, Toutefois, avant de se prononcer sur ce point (qui est vrai peut-être, ce que je ne juge pas en ce moment), il fallait répéter la même épreuve sur des poussins de même âge, nés d'œufs de poules non vaccinées. Or, ces derniers poussins résistèrent, comme les précédents, aux repas infectieux.

Je dois ajouter que la contagion avait lieu sur les jeunes poussins des deux sortes, quand on la pratiquait par piqûres à la peau.

Dans les maladies humaines, on peut observer des faits de même ordre. La fièvre typhoïde, par exemple, fait bien plus de victimes chez les adolescents que chez les jeunes enfants. »

M. DE ROBERT DE LATOUR adresse une note relative à un procédé de traitement de l'inflammation de la glande mammaire, chez les brebis mères, au moyen du collodion.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA TÊTE DU FOETUS AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL, par le docteur LABAT, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1881, Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La valeur de cette thèse est d'autant plus grande que l'auteur, par des expériences intéressantes, a étudié avec soin et directement la réductibilité de la tête fœtale. Ce travail complète les faits déjà connus, il sera donc utile à consulter pour décider de l'opportunité du forceps ou de la version dans les rétrécissements du bassin et pour créer de nouveaux instruments destinés à réduire la tête du fœtus dans les accouchements laborieux.

Dans une autre partie de son travail, le docteur Labat étudie les phénomènes plastiques de l'accouchement, c'est-à-dire les points et le côté de la tête qui subissent la déformation et le point du canal pelvi-génital où se produit la déformation pariétale. Cette dernière est le fait de l'accouchement, car elle n'existe pas sur les têtes de fœtus extraites par l'opération césarienne, elle est aussi distincte des asymétries irrégulières, qui sont des déformations originelles. Elle se produit au niveau du détroit inférieur et paraît être le résultat de l'inégalité des pressions exercées sur la région pariéto-frontale d'un côté et sur la région pariéto-occipitale du côté opposé. — Ch. E.

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DE L'ENFANCE, par le docteur E. CHARON, médecin des hôpitaux Sainte-Gertrude et Saint-Pierre de Bruxelles. — 1881, Paris, Delahaye et Lecrosnier, 2[e] édition.

Ce livre est un ouvrage de clinique dans lequel se trouvent de nombreuses observations personnelles, dont quelques-unes présentent un grand intérêt; telles sont par exemple : celles de chorée avec endocardite, de sarcome de l'orbite et du cerveau et de tumeur de la couche optique.

A propos de la diphthérie laryngienne, l'auteur décrit le procédé de trachéotomie du docteur Henriette qui, d'après l'auteur, aurait l'avantage d'une exécution rapide. L'incision n'a que trois centimètres de longueur et l'index de la main gauche sert de guide à l'opérateur, soit pour ouvrir la trachée, soit pour placer la canule armée du cylindre introducteur. Ce procédé permettrait d'agir sans retard dans les cas urgents et de pouvoir pénétrer sur la trachée alors même que l'hémorrhagie veineuse serait un obstacle à la vue. Enfin, le docteur Charon préfère cette méthode à l'emploi du thermo-cautère, dont il paraît redouter et exagérer les inconvénients.

Quelques cas de tératologie sont cités dans cet ouvrage dont une grande partie est consacrée à l'étude des affections du système osseux : carie, coxalgie, fracture du fémur et tumeur blanche chez les enfants. Il faut encore signaler l'observation de deux malades atteints de tuméfaction circonscrite du muscle sterno-cléido-mastoïdien, affection rare d'ailleurs et dont les auteurs n'ont encore publié que quelques cas. L'ouvrage se termine par une étude clinique et histologique des tumeurs malignes dans la première et la seconde enfance.

Le livre du docteur Charon est donc utile à consulter pour les praticiens et fournira des documents à ceux qui écriront sur la pathologie de l'enfance. — Ch. E.

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HYDRAMNIOS, par le docteur P. BART, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1881, Delahaye et Lecrosnier.

Cette thèse comprend deux parties : 1° l'étude des origines du liquide amniotique, d'après les observations physiologiques et cliniques de l'auteur; 2° la pathogénie de l'hydramnios.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : le liquide amniotique provient de l'organisme fœtal par excrétion de l'urine dans la cavité amniotique et peut-être par l'excrétion

cutanée durant les premiers temps de la grossesse. Il provient aussi de l'organisme maternel par des phénomènes d'osmose consécutifs à la gêne de la circulation veineuse de l'utérus. Ce sont là des conclusions physiologiques.

La pathogénie de l'hydramnios est encore obscure; toutefois on ne peut nier sa production par des troubles de la circulation fœtale avec exagération de pression dans la veine ombilicale et par des troubles du même genre chez la mère. L'auteur, dont les conclusions sont réservées sur d'autres points, donne dans ce travail remarquable un grand nombre d'observations originales, de sorte que cette thèse mérite d'être consultée par tous ceux qui s'occupent des questions obstétricales et de la pratique des accouchements. — Ch. E.

## FORMULAIRE

### Liniment contre le nystagmus. — Dransart.

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode . . . . . . . . . . . . . | 20 grammes. |
| Sulfate neutre de strychnine. . . . . . . | 0 gr 50 centigr. |

Faites dissoudre. — Dans le cas de nystagmus des mineurs, on fait des badigeonnages sur e front et les tempes avec cette solution.

On prescrit en outre, chaque jour, 3 à 6 des pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre de strychnine. . . . . . . | 0 gr 10 centigr. |

F. s. a. 100 pilules.

Deux fois par semaine, les malades sont électrisés avec l'appareil à courant continu de Gaiffe, à 4, 5 ou 6 éléments au plus. On électrise particulièrement la paire des élévateurs, c'est-à-dire le muscle droit supérieur et le muscle oblique inférieur. Quand il y a diplopie croisée, dépendant d'une parésie plus grande du droit supérieur, c'est sur ce dernier muscle qu'on pose plus longtemps l'électrode. Il convient d'électriser aussi le muscle droit interne, dont l'action est toujours affaiblie. L'hydrothérapie, sous forme de douches générales et oculaires, peut également rendre des services. — A l'intérieur, les ferrugineux et le quinquina.

N. G.

## COURRIER

Une bourse de voyage. — Conformément à la décision prise par le Conseil général de la Seine dans sa séance du 30 novembre 1880, décision par laquelle il est accordé une bourse de voyage à l'interne en médecine qui aura fait les meilleures épreuves au concours à établir entre les internes des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, la préfecture vient d'arrêter les conditions de ce concours, qui aura lieu tous les deux ans au commencement du mois de novembre.

Sont admis à y prendre part tous les internes en exercice, ainsi que ceux qui, ayant accompli trois années dans les asiles publics d'aliénés, en seraient sortis depuis moins d'un an au jour de l'ouverture du concours.

La liste des candidats sera close trois mois avant cette ouverture.

Les épreuves se composeront : 1° d'une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie; 2° d'une épreuve de clinique mentale; chaque candidat remettra au jury un mémoire de pathologie basé sur les observations recueillies dans les services d'aliénés pendant son internat.

Le montant de la bourse de voyage est de 2,000 francs.

Hôpital Saint-Louis. — L'amphithéâtre actuel de l'hôpital Saint-Louis est devenu insuffisant pour les besoins de l'enseignement.

L'importance des services de l'établissement, l'affluence des élèves, le nombre et la variété des cours qui y sont professés rendent nécessaire la création d'un second amphithéâtre, et, depuis bien longtemps, les chefs de service la réclament. Dans ce but, un projet vient d'être présenté, pour avis, au conseil municipal.

Le nouvel amphithéâtre serait construit dans la grande cour centrale de l'hôpital, vis-à-vis de l'amphithéâtre actuel et lui faisant pendant; il aurait les mêmes dimensions et présenterait le même aspect extérieur.

La construction se composerait d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage.

L'amphithéâtre occuperait le premier étage; il contiendrait dix gradins et serait éclairé par

neuf baies de croisées; on y accéderait de l'escalier situé dans les anciens bâtiments par trois portes : une dans l'axe, à l'usage du professeur, deux latérales pour les élèves.

Au rez-de-chaussée serait installé le calorifère destiné à chauffer l'amphithéâtre.

Les espaces restant vides de chaque côté du vestibule de circulation seraient aménagés à l'usage de salles ou galeries de réunion pour les malades.

L'une de ces galeries serait réservée aux hommes et les autres aux femmes, elles auraient chacune leur porte d'accès du côté de la cour et seraient pourvues de parois vitrées autant que possible, afin de faciliter la surveillance.

La construction de ce second amphithéâtre nécessiterait une dépense évaluée à environ 36,000 fr.

On va améliorer également la prise des eaux de l'hôpital Saint-Louis.

Une conduite d'eau de la Vanne, ayant été établie récemment par la ville, rue Saint-Maur, à proximité de l'hôpital, on profitera de cette circonstance pour doter l'hôpital Saint-Louis d'un service complémentaire de cette eau pour la cuisine, la pharmacie et les salles de malades.

Les bains, la buanderie et les divers services de salubrité continueraient à être alimentés d'eau de l'Ourcq.

L'exécution de ce projet entraînera une dépense d'environ 16,000 fr.

Les accidents de chemins de fer. — Nous empruntons à une statistique officielle les renseignements suivants sur le nombre des victimes d'accidents de chemins de fer en France, en Angleterre et en Belgique.

Pendant la période de 1839 à 1854, c'est-à-dire pendant l'enfance des chemins de fer, on comptait :

| | 1 tué sur | 1 blessé sur |
|---|---|---|
| France .......... | 1.955.555 | 496.551 |
| Angleterre....... | 5.256.290 | 311.345 |
| Belgique ........ | 8.861.804 | 2.000.000 |

La période qui s'étend de 1859 à 1869 accuse un sérieux progrès dans les trois pays. On y compte :

| | 1 tué sur | 1 blessé sur |
|---|---|---|
| France .......... | 13.323.014 | 673.927 |
| Angleterre....... | 15.229.073 | 407.260 |
| Belgique ........ | 13.000.033 | 1.793.108 |

Enfin, pendant la dernière période qui s'étend de 1872 à 1879, les progrès ont contin ué en France, mais non en Angleterre, où le nombre des tués est proportionnellement deux fois plus élevé que dans notre pays, comme le témoignent les chiffres suivants :

| | 1 tué sur |
|---|---|
| France .......... | 27.879.000 |
| Angleterre....... | 13.423.000 |
| Belgique......... | 25.289.421 |

En France une seule année, 1873, a été exempte d'accidents ayant entraîné la mort.

L'année 1871 est de beaucoup la plus chargée. Pourtant c'est l'année où il a été transporté le moins de voyageurs, environ 95 millions, tandis que la moyenne est de 140 à 150 millions. Mais il est facile de se rendre compte de cette augmentation, qui provient de l'état défectueux de nos voies ferrées à la suite de la guerre.

Romas; justice rendue. — La municipalité de Nérac a fait placer une plaque commémorative sur la maison où Romas est né.

On sait que Romas est le physicien qui a inventé le cerf-volant électrique.

L'inscription placée sur la plaque commémorative est ainsi conçue : « A Jacques Romas, membre de l'académie royale des sciences de Bordeaux et membre correspondant de celle de Paris, etc., inventeur du cerf-volant électrique, né à Nérac le 15 octobre 1713, mort à Nérac le 21 janvier 1776. Au prédécesseur et au rival de Franklin. Cette tablette commémorative a été placée sur la maison où il a vécu et où il est mort, par les soins pieux de son parent, le baron de Frère de Peyrecave, le 1er juin 1881. »

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## SCAPULALGIE SUPPURÉE; RÉSECTION DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS; RUGINATION DE LA CAVITÉ GLÉNOIDE; GUÉRISON RAPIDE,

Présentation faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 juin 1881,

Par M. Polaillon.

Le nommé D... (Gabriel), âgé de 56 ans, est entré, le 24 septembre 1880, dans mon service de la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 21.

Depuis quelque temps, il souffrait de l'épaule gauche, dont les mouvements étaient devenus peu à peu si gênés qu'un travail manuel était impossible.

En effet, la région scapulaire gauche était tuméfiée, chaude et douloureuse à la pression. Une fluctuation profonde existait sous le deltoïde; mais il était difficile de dire avec précision si le liquide était situé en dedans ou en dehors de la capsule articulaire. J'admis cette dernière hypothèse, parce que la fluctuation ne se transmettait pas dans l'aisselle.

Après avoir essayé inutilement, pendant six semaines, les révulsifs sur l'épaule (teinture d'iode et vésicatoires), l'immobilisation de l'articulation, les bains sulfureux et l'iodure de potassium à l'intérieur, je me décidai à ouvrir le foyer. Je fis sur le trajet de la longue portion du biceps une petite incision verticale qui donna issue à une assez grande quantité de pus. Un stylet introduit par l'incision n'arriva pas sur un point osseux dénudé et ne pénétra pas dans la cavité articulaire. Cependant l'impossibilité des mouvements spontanés, les douleurs produites par les mouvements communiqués et les douleurs profondes, qui persistèrent même après l'ouverture de l'abcès, indiquaient suffisamment que l'articulation était malade.

Un drain fut établi. Chaque jour des injections d'eau phéniquée (au 20e) furent faites dans le foyer purulent, et un pansement antiseptique était appliqué. Mais malgré ces soins la guérison n'arriva pas.

Dans le courant de janvier 1881, la tête humérale me parut notablement tuméfiée. En imprimant des mouvements artificiels à l'épaule je produisais beaucoup de douleur et un frottement articulaire, comme lorsque les surfaces diarthrodiales sont dénudées de leur cartilage. La suppuration restait toujours aussi abondante. Enfin un stylet pénétra, pour la première fois, sur la tête de l'humérus, et en le poussant avec un peu plus de force il s'enfonça dans le tissu de l'os, qui était atteint d'ostéite suppurée.

J'attendis encore quelques jours pour étudier l'étendue du mal, et quand il me fut démontré que l'extrémité supérieure de l'humérus était seule malade et que l'omoplate n'était pas profondément atteinte, je proposai la résection de l'épaule qui fut acceptée avec empressement. D... était d'ailleurs d'une bonne santé. Il n'avait eu que quelques manifestations arthritiques, et en particulier de l'eczéma aux jambes. Sa constitution sèche et nervoso-sanguine le rendait très capable de supporter le traumatisme opératoire.

Le 5 février 1881, *opération*. — Chloroformisation.

Dans un *premier temps*, je contourne par une incision l'apophyse acromion (procédé de Nélaton) depuis son bord postérieur jusqu'à un centimètre en dedans de l'articulation acromio-claviculaire, et je détache par cette incision les insertions du deltoïde.

Dans un *second temps*, de l'extrémité antérieure de l'incision acromiale, je fais partir une incision verticale que je prolonge en bas, suivant la direction de la longue portion du biceps, dans l'étendue de 9 centimètres et demi. Cette incision est faite méthodiquement, de manière à ne pas intéresser la longue portion du biceps. Mais je m'aperçois bientôt que le tendon de ce muscle a participé à la maladie et qu'il est presque complétement détruit. L'incision verticale comprend un orifice fistuleux qui est le vestige de l'incision que j'avais pratiquée quelques mois auparavant.

Dans un *troisième temps*, j'écarte rapidement en arrière et en bas le large lam-

beau triangulaire qui résulte de mes deux incisions. Comme la capsule articulaire est en grande partie détruite par les fongosités, et comme la tête humérale présente des saillies nombreuses, il m'est impossible de faire la résection sous-périostée. Je me borne donc à ouvrir l'articulation, à mettre à nu le col chirurgical de l'humérus, autour duquel je détache le périoste autant que cela est possible ; puis, faisant saillir hors de la plaie la tête humérale, j'emporte par un trait de scie *six centimètres de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

Dans un *quatrième temps*, j'enlève avec des curettes toutes les fongosités qui remplissent la cavité articulaire, je rugine fortement la cavité glénoïde dont le cartilage articulaire a complétement disparu ; je rugine aussi la face inférieure de l'acromion qui est couverte de fongosités.

Lavage minutieux de toute la plaie avec de l'eau phéniquée. Le lambeau deltoïdien est remis en place et maintenu par six sutures métalliques (trois sutures sur l'incision horizontale, trois sur l'incision verticale). Un drain est établi à la partie inférieure de l'incision verticale. Pansement de Lister.

La réunion immédiate eut lieu dans toute l'étendue de la plaie, sauf à la partie inférieure de l'incision, où un trajet fistuleux persista pendant quelque temps.

Au bout de dix jours, tous les fils d'argent des sutures étaient enlevés, et je pouvais considérer le malade comme guéri et à l'abri de tous les accidents qui suivent les grandes opérations.

Electrisation sur les muscles du bras et sur le muscle deltoïde, frictions excitantes, quelques bains, tels furent les moyens que j'employai pour rendre de la force à la contraction des muscles du bras et de l'épaule.

Le 19 avril, le malade partit en convalescence à la maison de Vincennes.

Le 28 mai, il retourna chez lui.

Aujourd'hui, 25 juin, je présente cet opéré à la Société de médecine de Paris. Vous pouvez constater les résultats que j'ai obtenus. Cet homme a pu reprendre son travail. Le bras ne peut être élevé horizontalement ; il ne peut être porté sur la tête ni derrière la tête ; mais il peut être porté en avant de manière que la main vienne au-devant de la bouche. Dans tous ces mouvements vous voyez le deltoïde se contracter et faire saillie sous la peau, preuve évidente qu'il n'est pas paralysé. Aussi j'espère qu'avec de l'exercice les mouvements du bras acquerront une étendue de plus en plus grande, et que les mouvements d'élévation pourront se produire. Néanmoins, dès à présent, la nouvelle articulation de l'épaule est solide, et l'opéré peut soulever avec la main des fardeaux considérables. Il pourra vous dire qu'il est très satisfait de son état.

En même temps que l'opéré, je mets sous les yeux de la Société la portion de l'humérus que j'ai enlevée. Elle comprend une étendue de six centimètres. Sur la tête humérale, il ne reste plus que quelques vestiges du cartilage articulaire. Partout le tissu osseux est raréfié par l'ostéite, et même, dans certains points, il existe des trous, qui étaient remplis de fongosités. Enfin le grand et le petit trochanters sont déformés par des stalactites osseuses, très dures, très denses et dont le tissu est éburné.

Le procédé que j'ai suivi est composé de l'incision de Nélaton et de l'incision antérieure de Baudens ou de Malgaigne. Il m'a donné un très bon résultat, en me permettant : 1° de ne pas couper les fibres du deltoïde ; 2° de ménager complétement le nerf circonflexe et par suite de conserver au muscle deltoïde sa sensibilité et sa contractilité ; 3° de découvrir largement l'articulation, ce qui a rendu facile et la résection et la destruction de toutes les fongosités. Ce lambeau triangulaire peut facilement être remis en place et maintenu par des sutures. Le malade que je présente prouve qu'il reprend parfaitement ses adhérences avec les parties voisines. Enfin l'incision verticale permet l'issue facile de tous les liquides, qui sont exhalés par les surfaces opératoires, et du pus, lorsque la plaie suppure.

# CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

## DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1);

**Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881,**

Par M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

**Dixième série** (8 milligrammes par jour).

Obs. LXXXII. — Louise B..., 20 ans, domestique. Entrée le 19 juillet 1881, salle Saint-Louis, lit n° 7. Pas d'antécédents strumeux; pas d'arthritisme ni d'herpétisme. Il y a quatre semaines, apparition d'un chancre infectant du volume d'une pièce de deux francs à la fourchette. Adénopathie inguinale aphlegmasique. Syphilide érythémateuse du tronc au début. Ganglions cervicaux et épitrochléens.

23 juillet. Première injection à 8 milligrammes.

29. Le chancre est en voie de cicatrisation. Stomatite mercurielle apparue à la troisième piqûre. On continue les injections à 8 milligrammes pendant trois jours encore. A cette époque, on les cesse pendant sept jours. (Gingivite alvéolo-dentaire ancienne. Très mauvaise dentition.)

5 août. Le chancre a disparu. Les gencives sont rouges, saillantes, volumineuses. Odeur fétide. On reprend les injections à la dose de 5 milligrammes tous les jours (g. g. KO, $ClO^5$).

12. Les syphilides sont presque complètement guéries.

19. Les syphilides cutanées ont disparu. La stomatite persiste, mais peu intense. La malade est mise à la solution interne (5 milligr.).

26. *Exeat.* Guérie. 6 injections à 8 milligr; 14 à 5 milligr. — Total : 20 injections. Pas de nodosités.

Obs. LXXXIII. — Pauline G..., 19 ans, blanchisseuse. Entrée salle Saint-Alexis, le 2 août 1881, lit n° 42. Pas d'antécédents strumeux ni diathésiques. Syphilis remontant au mois de février. Syphilides hypertrophiques, papulo-érosives et érosives sur les grandes lèvres, sur les petites lèvres, dans les plis génito-cruraux, sur le sillon interfessier. Vitiligo du cou. Syphilides érosives des deux amygdales, sur les piliers postérieurs.

3 août. Première injection à 8 milligrammes.

8. Pas de stomatite. Les syphilides s'affaissent.

25. Les syphilides vulvaires ont disparu. La syphilide érythémateuse est considérablement pâlie. Les amygdales sont presque saines.

3 septembre. La malade sort complètement guérie. — Total : 30 injections. Pas de stomatite; pas de nodosités; pas de douleurs locales.

Obs. LXXXIV. — Marie L..., 39 ans, ménagère. Entrée le 26 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 8. Pas d'antécédents strumeux. Mauvaise dentition. Syphilis remontant au mois de février. Syphilides confluentes papulo-squameuses du tronc. A l'œil droit, cornée dépolie; iris grisâtre; pupille déformée; cercle péricornéal très rouge, s'étendant jusque sur la conjonctive palpébrale. Même état à gauche, avec léger épanchement sanguin dans l'iris.

27 juillet. Injections à 8 milligr. (Tissu cellulaire peu épais.)

1er août. La conjonctivite commence à disparaître. Cercle péricornéal moins injecté. Pupille irrégulière. Quelques adhérences. Même état à droite. Légère gingivite mercurielle (g. g. KO, $ClO^5$).

9. Œil droit de moins en moins enflammé.

22. Œil droit guéri. Œil gauche plus clair. Cornée moins opaque; l'iris reprend sa couleur normale. Les syphilides cutanées pâlissent.

29. Syphilides presque totalement disparues. La malade voit parfaitement bien de son œil droit. Encore un peu de rougeur à l'œil gauche.

5 septembre. Les syphilides ont complétement disparu. La malade est envoyée dans le service de M. le professeur Panas. Total : 36 injections. Pas de nodosités; légère stomatite ayant duré 48 heures; pas de troubles gastriques.

Obs. LXXXV. — Marguerite R..., 20 ans, couturière. Entrée le 1er juin 1881, salle Saint-

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 22 et 25 octobre.

Louis, lit n° 26. Début de la syphilis il y a un mois. Au pourtour de l'anus, nombreuses ulcérations s'étendant entre les plis radiés. Polyadénite inguinale aphlegmasique.

25 juillet. Le chancre de l'anus est cicatrisé. Apparition de nombreuses syphilides érythémateuses sur les membres et sur le tronc. Céphalée. Ganglions cervicaux et épitrochléens; hypertrophie de l'amygdale droite; tuméfaction du voile du palais, de la luette.

29. Première injection à 8 millig. Syphilides vulvaires papulo-hypertrophiques.

19 août. Syphilides vulvaires disparues ainsi que les syphilides cutanées; la syphilide amygdalienne se répare; pas de salivation.

26. Rien à la peau, ni à la vulve, ni à la gorge. *Exeat*. Guérie. Total : 28 injections. Jamais de salivation; aucun accident.

Obs. LXXXVI. — Céline S..., 17 ans. Entrée le 20 juillet, salle Saint-Louis, lit n° 21. Pas d'antécédents diathésiques. Bonne santé. Début de la syphilis au mois de janvier 1881. Sur la face interne des grandes lèvres syphilides papulo-hypertrophiques; au sommet de la grande lèvre gauche, syphilide ulcéreuse du volume d'une pièce de 2 francs; syphilide érythémateuse du tronc et des membres; vitiligo du cou; syphilides papulo-squameuses des membres supérieurs; ganglions cervicaux; syphilides érosives des gencives et du pli gengivo-buccal droit.

29 juillet. Première injection à 8 millig.

5 août. Les syphilides vulvaires ont presque complètement disparu. La syphilide ulcéreuse persiste. Pupille gauche irrégulière.

19. Disparition des syphilides vulvaires et cutanées.

29. Rien à la vulve, rien à la peau, rien sur les amygdales. Iritis guéri. 26 injections. Pas de salivation; pas de nodosités.

Obs. LXXXVII. — Marie L..., 25 ans, couturière. Entrée le 26 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 22. Antécédents strumeux. Anémie (vertiges, palpitations). Syphilis contractée vers la Noël 1880. Grandes lèvres entr'ouvertes; à leur face interne, nombreuses syphilides papulo-érosives du volume d'une pièce de 2 francs, ainsi qu'à la fourchette. Syphilides papulo-hypertrophiques ulcéreuses du bourrelet hémorrhoïdaire; sur la face postérieure de l'anus, syphilides érosives; polyadénite inguinale aphlegmasique; syphilide papulo-érythémateuse du tronc; ganglions cervicaux postérieurs et ganglions épitrochléens.

27 juillet. Première injection à 8 millig. (tissu cellulaire peu abondant).

1er août. Les syphilides vulvaires ont presque complétement disparu. Mauvaise dentition.

12. Disparition des syphilides vulvaires.

22. *Exeat*. Guérie. 27 injections. Pas d'accidents ; pas de salivation.

Obs. LXXXVIII. — Céline B..., 18 ans, domestique, salle Saint-Alexis, n° 2. Entrée le 30 juillet 1881. Pas d'antécédents strumeux. Quelques antécédents herpétiques. Il y a quatre mois, chancre infectant de la grande lèvre droite. Trois semaines après, apparition de nombreux boutons aux organes génitaux.

*Examen*. — Nombreuses syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques, dont quelques-unes sont érosives, des grandes lèvres, des plis génito-cruraux. Polyadénite inguinale et cervicale aphlegmasique. Nombreuses syphilides papuleuses du tronc et des membres. Ganglions épitrochléens. Bonne dentition. Syphilides érosives du voile du palais. Pas de sternalgie, ni tibialgie, ni insomnie, ni céphalée.

*Traitement*. — 1er août. Injections de 8 milligrammes.

Dès le 20 août, les syphilides vulvaires et cutanées se sont considérablement affaissées.

*Exeat*. Guérie le 28 août. — Total : 27 injections. Aucun accident.

Obs. LXXXIX. — Éva C..., 18 ans, employée de commerce. Entrée le 19 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 13. Quelques antécédents strumeux. Pas d'affections antérieures. Début de la maladie il y a trois semaines.

*Examen*. — Chancre infectant et tuméfaction considérable de la grande lèvre gauche. Induration très nette. Vulvo-uréthro-vaginite blennorrhagique. Alopécie, céphalée, polyadénite inguinale.

*Traitement* de la vaginite : vin aromatique pour le chancre.

25 juillet. Le chancre se répare. Syphilide érythémateuse du tronc. Ganglions épitrochléens, cervicaux, inguinaux hypertrophiés. Injections de 8 milligrammes.

*Exeat* le 8 août, sur sa demande. — Total : 15 injections. Le chancre a disparu; les syphilides cutanées persistent. Rien à la gorge. Aucun accident.

Obs. XC. — Reine B..., 22 ans, mécanicienne. Entrée le 19 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 20. Pas d'antécédents héréditaires ni diathésiques. Début il y a quinze jours.

*Examen.* — Très nombreuses syphilides papuleuses et papulo-érosives des grandes et des petites lèvres, des plis génito-cruraux, du pourtour de l'anus. Polyadénite inguinale et sous-maxillaire. Syphilides érosives des deux amygdales. Nombreuses syphilides papuleuses et érythémateuses du tronc.

*Traitement.* — Injections de 8 milligrammes. (Mauvaise dentition.)

25 juillet. Les syphilides vulvaires s'affaissent. Syphilides papuleuses nombreuses du col et du vagin; syphilides érosives des deux côtés de la langue. Rougeur et quelques érosions des gencives; sensation d'élongation des dents; haleine fétide. *Salivation abondante.* On réduit à 4 milligrammes la dose des injections.

*Exeat.* Non guérie le 1er août. — Total : 11 injections. Pas d'accidents locaux.

Obs. XCI. — Marie G..., 28 ans, domestique. Entrée le 26 juillet, salle St-Alexis, lit n° 2 *bis.* Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires. Il y a cinq mois, quinze jours environ après le coït supposé infectant, apparition de boutons aux organes génitaux.

*Examen.* — Très nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres et du pourtour de l'anus. Vaginite blennorrhagique. Polyadénite inguinale et cervicale. Ganglions épitrochléens. Syphilides érythémateuses et papulo-squameuses du tronc et des membres. Céphalée, alopécie, courbature. Fièvre syphilitique; chloro-anémie considérable. Très mauvaise dentition. La malade a pris, en dehors de l'hôpital, des pilules de protoiodure de mercure. *Salivation mercurielle* en voie de diminution. Haleine fétide. Liséré blanchâtre des gencives, qui sont très rouges, tuméfiées.

*Traitement.* — Gargarisme et potion de chlorate de potasse. Injections à 8 milligrammes.

1er août. Affaissement des syphilides vulvaires. Diminution de la stomatite mercurielle. Les syphilides cutanées persistent.

28 août. *Exeat.* Guérie. Aucun accident local. La stomatite a disparu. — Total : 31 injections.

Obs. XCII. — Julie P..., 20 ans, brocheuse. Entrée le 26 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 25. Antécédents strumeux (gourmes, adénite cervicale). Il y a sept mois, chancre induré de la grande lèvre gauche. Deux mois après, apparition de syphilides vulvaires. La malade a suivi pendant quatre mois le traitement de la consultation de Lourcine. 100 pilules de protoiodure de mercure environ.

*Examen.* — Syphilide érosive du capuchon. Folliculite syphilitique. Syphilides papulo-érosives de l'anus, des grandes lèvres. Polyadénite inguinale. Syphilide érythémateuse du tronc, pigmentaire du cou. Alopécie. Céphalée.

*Traitement.* — Injections à 8 milligrammes.

*Exeat.* Non guérie le 1er août (5 piqûres). Douleur dans le dos, au point piqué, empêchant a malade de dormir. Pas d'accidents; pas de nodosités; pas de salivation.

Obs. XCIII. — Eugénie D..., 22 ans, blanchisseuse. Entrée le 19 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 39. Antécédents strumeux. Il y a quinze jours, apparition de nombreux boutons aux organes génitaux. La malade avait été soignée il y a un an pour syphilides vulvaires et cutanées.

*Examen.* — Syphilides papuleuses végétantes du pourtour de l'anus. Polyadénite inguinale double. Syphilide pigmentaire du cou.

*Traitement.* — Injections à 8 milligrammes.

*Exeat.* Non guérie le 1er août. — Total 5 injections. État stationnaire des syphilides. Aucun accident, sauf douleur persistante au point piqué.

Obs. XCIV. — Augustine A..., couturière, 19 ans. Entrée le 26 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 27. Quelques antécédents strumeux (déchirure du lobule des deux oreilles, gourmes, adénites). Syphilis remontant à sept mois. Elle a été traitée pendant deux mois par la liqueur de van Swieten.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques nombreuses du pourtour de l'anus. Grossesse de sept mois. Le père de l'enfant est celui qui a communiqué la vérole à la mère. Polyadénite inguinale et cervicale. Alopécie. Tuméfaction sans érosion des amygdales.

*Traitement.* — Injections à 8 millig.

*Exeat*, non guérie, sur sa demande, le 5 août. 10 injections. Aucun accident local ou général.

Obs. XCV. — Marguerite C..., 35 ans, mécanicienne. Entrée le 26 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 17. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Il y a six semaines, apparition de boutons aux organes génitaux.

*Examen.* — Syphilides papuleuses, hypertrophiques et érosives très nombreuses des grandes et des petites lèvres, du pourtour de l'anus. Syphilides érythémateuses et papuleuses du tronc; quelques-unes sont pustuleuses, surtout au cuir chevelu. Adénite cervicale, sous-maxillaire et inguinale non douloureuse. Rien à la bouche.

*Traitement.* — Injections à 8 millig.

*Exeat*, non guérie, le 5 août. Etat stationnaire. Légère douleur. 6 injections.

Obs. XCVI. — Claudine C..., couturière. Entrée le 26 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 32. Antécédents strumeux. Gourmes, otorrhée, ophthalmie. Début de la syphilis il y a quatre mois. Chlorose.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques au nombre de 5 dans le pli génito-crural droit, sur les grandes lèvres, au pourtour de l'anus. Ganglions inguinaux et cervicaux postérieurs hypertrophiés. Syphilide érythémateuse du tronc; syphilides érosives amygdaliennes. Alopécie, céphalée, insomnie.

*Traitement.* — Injections à 8 millig.

*Exeat*, améliorée, le 5 août. Douleur assez vive et petites nodosités aux points piqués. Pas d'abcès; pas d'eschares; pas de salivation. 11 injections.

Obs. XCVII. — Noémie M..., 29 ans, domestique. Entrée le 2 août, salle Saint-Alexis, lit n° 20. Très bonne santé habituelle. Il y a quatre mois, chancre infectant de la grande lèvre gauche. Vingt-cinq jours après, apparition de syphilides.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres. Polyadénite inguinale aphlegmasique. Syphilides érosives interdigitales des deux pieds. Syphilides érosives de la langue, de la lèvre inférieure et des deux amygdales. Alopécie considérable, insomnie complète, algidité périphérique, courbature.

*Traitement.* — Injections à 8 millig.

*Exeat* le 22 août. 19 piqûres. Les syphilides vulvaires, linguales, labiales, ont disparu, celles des amygdales et des espaces interdigitaux sont en voie de disparition. État général très amélioré. Pas de salivation; pas de nodosités. Légère douleur au point piqué durant quelques heures.

Obs. XCVIII. — Adèle R..., fleuriste, 19 ans. Entrée le 26 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 37. Antécédents scrofuleux : gourmes, ophthalmie. Début de la syphilis il y a un mois.

*Examen.* — Nombreuses syphilides papuleuses, hypertrophiques et érosives sur les grandes lèvres, les petites lèvres au pourtour de l'anus et dans les plis génito-cruraux. Syphilide érythémateuse du tronc et des membres; syphilides érosives des deux amygdales. Adénite multiple non inflammatoire du cou, de l'aine. Syphilide ulcéreuse du volume d'une pièce de 2 fr. dans le pli génito-crural gauche. Céphalée, alopécie, courbature, insomnie.

*Traitement.* — Injections de 8 millig. Les syphilides cutanées pâlissent rapidement. La syphilide ulcéreuse se répare. Aucun accident, sauf légère douleur dans le dos.

*Exeat*, guérie, le 5 septembre. 40 injections.

Obs. XCIX. — Marie B..., 25 ans, lingère. Entrée le 25 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 38. Antécédents tuberculeux. Il y a deux mois, un mois après le seul rapport sexuel qu'ait eu la malade, apparition d'un bouton sur la grande lèvre droite.

*Examen.* — Sur les grandes et les petites lèvres, au pourtour de l'anus, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques érosives. Polyadénite inguinale aphlegmasique. Syphilide érythémateuse du tronc, pigmentaire du cou. Alopécie, céphalée, courbature, insomnie. Pas de sternalgie ni de tibialgie. Bonne dentition.

*Traitement.* — Injections à 8 millig.

*Exeat.* Guérie le 12 septembre. 40 injections. Les syphilides se sont très rapidement affaissées. Seule la syphilide pigmentaire du cou persiste. Aucun accident. Pas de salivation.

### Onzième série (9 milligrammes par jour).

Obs. C. — Augustine B..., 23 ans, blanchisseuse. Entrée le 9 août 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 31. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Il y a un mois, apparition de boutons aux organes génitaux.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques et érosives des grandes lèvres qui sont très tuméfiées, des petites lèvres. Chancre infectant de la face interne de la petite lèvre gauche Syphilides papuleuses et papulo-squameuses du tronc et des membres. Adénite inguinale et cervicale postérieure aphlegmasique. Céphalée. Alopécie considérable. Rien à la gorge. Bonne dentition.

*Traitement.* — Injections quotidiennes à 9 milligrammes.

Le 22 août, le chancre se répare; les syphilides s'affaissent totalement. État stationnaire des syphilides cutanées.

*Exeat*, sur sa demande. Non guérie le 25 août. — Total : 15 injections. Pas de salivation; pas de douleur; pas d'accidents locaux.

Obs. CI. — Lucie D..., 18 ans, blanchisseuse. Entrée le 23 août 1881, salle Saint-Louis, lit n° 2. Début de la syphilis il y a un mois.

*Examen.* — Tuméfaction considérable des grandes et des petites lèvres qui présentent de nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques dont quelques-unes sont érosives. Polyadénite cervicale postérieure. Vitiligo du cou. Syphilide érosive sur l'amygdale gauche. Alopécie. Céphalée. Insomnie.

*Traitement.* — Injections à 9 milligrammes.

*Exeat.* Non guérie le 5 septembre. — Total : 11 injections. Affaissement considérable des syphilides vulvaires et buccales. Aucun accident.

Obs. CII. — Marguerite S..., 21 ans, caissière. Entrée le 23 août 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 13. Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires. Il y a vingt jours, apparition de boutons sur les grandes lèvres.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives à tendance ulcéreuse de la grande lèvre gauche, qui est très tuméfiée. Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres. Polyadénite inguinale et cervicale non douloureuse. Syphilide érythémateuse du tronc et érosive des amygdales. Céphalée. Alopécie. Courbature. Ganglions épitrochléens à gauche et à droite.

*Traitement.* — Injections à 9 milligrammes.

29 août. Les syphilides vulvaires se réparent ainsi que les amygdaliennes. Diarrhée depuis deux jours. Douleur vive au point piqué. Pas de salivation ni de nodosités.

13 septembre. Seule, la syphilide ulcéreuse de la grande lèvre persiste, mais se répare. Aucun accident.

20 septembre. L'ulcération a presque disparu. Rien à la peau.

30. *Exeat.* Guérie. Sans accidents. — Total : 37 injections.

Obs. CIII. — Jeanne G..., 17 ans 1/2, brunisseuse. Entrée le 26 août, salle Saint-Alexis, lit n° 15. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Début il y a deux mois.

*Examen.* Syphilides papulo-hypertrophiques et érosives multiples de la vulve et de l'anus. Polyadénite inguinale indolente. Syphilides érosives des deux amygdales. Syphilides papulo-érythémateuses du tronc, des membres. Vitiligo du cou. Alopécie. Céphalée. Courbature. Insomnie. Fièvre syphilitique.

*Traitement.* — Injections de 9 milligrammes.

*Exeat.* — Guérie le 3 octobre. — Total : 36 injections. Aucun accident.

Obs. CIV. — Célina D..., 23 ans, bijoutière. Entrée le 5 août, salle Saint-Alexis, lit n° 36. Antécédents scrofuleux (gourmes, adénites suppurées, etc.). Début il y a deux mois.

*Examen.* — Vulvo-vaginite blennorrhagique. Syphilides papulo-hypertrophiques érosives des grandes et petites lèvres, de la marge de l'anus. Syphilides érythémateuses nombreuses du tronc et des membres. Alopécie. Céphalée. Insomnie complète. Rien à la gorge.

*Traitement.* — Injections de 9 milligrammes. Huile de foie de morue.

12 septembre. Les syphilides cutanées seules persistent. Aucun accident.

19. Trois syphilides papuleuses reparaissent à la vulve.

26. Les syphilides vulvaires ont disparu.

*Exeat* le 27 septembre. Guérie. Aucun accident; pas de salivation. — Total : 53 injections.

Obs. CV. — Mélanie V..., 24 ans, domestique. Entrée le 1er août, salle Saint-Louis, lit n° 14. Pas d'antécédents diathésiques. Il y a sept mois, chancre induré de la grande lèvre gauche. Il y a cinq mois, apparition de syphilides vulvaires.

*Examen.* — Syphilides papuleuses, hypertrophiques et érosives de la vulve, des plis génito-cruraux et de l'anus. Syphilides papulo-squameuses confluentes du thorax, de l'abdomen et des membres. Adénite inguinale bilatérale aphlegmasique. Ganglions épitrochléens. Insomnie. Alopécie. Algidité périphérique. Petites syphilides érosives du pilier postérieur gauche.

*Traitement.* — Injections à 9 milligrammes.

11 août. Affaissement des syphilides vulvaires. Légère douleur à la piqûre. Pas d'accidents.

21. *Exeat.* Très améliorée. Sans accidents. — Total : 21 injections.

Obs. CVI. — Charlotte G..., 18 ans, couturière. Entrée salle Saint-Alexis, le 16 août 1881 lit n° 20. Pas d'antécédents diathésiques. Début de la syphilis il y a un mois environ.

*Examen.* — Chancre infectant de l'anus. Polyadénite inguinale et cervicale. Syphilide papuleuse discrète du tronc. Ganglions épitrochléens. Quelques syphilides papuleuses des grandes lèvres. Rien à la gorge.

*Traitement.* — Injections à 9 milligrammes.

26 août. Le chancre et les syphilides vulvaires ont complètement disparu.

2 septembre. Les syphilides cutanées pâlissent considérablement.

3 septembre. *Exeat* sur sa demande. Total : 16 injections. Pas d'accidents locaux. Pas de gingivite; pas de salivation.

Obs. CVII. — Aimée C..., 22 ans, lingère. Entrée le 21 juin 1881, salle Saint-Louis, lit n° 22. Antécédents scrofuleux. Début de la maladie un mois avant l'entrée à l'hôpital.

*Examen.* — Rien à la vulve. Polyadénite inguinale et cervicale postérieure. Alopécie, céphalée, courbature, algidité périphérique. Syphilide papuleuse, papulo-squameuse abondante du tronc et des membres. Blépharite syphilitique. Hypertrophie et érosions légères des deux amygdales.

*Traitement.* — Injection de 5 millig. par jour.

1er juillet. — Douleur au piqué durant vingt-quatre heures. Persistance des syphilides cutanées. Les amygdaliennes diminuent notablement.

8. Les syphilides cutanées pâlissent.

15. Etat stationnaire. Une nodosité dans le dos à gauche au point piqué avec légère ecchymose, mais pas de douleur. On injecte 6 millig.

20. Iritis syphilitique de l'œil droit. Atropine.

22. L'iritis persiste; deux ou trois nodosités légèrement douloureuses à gauche dans le dos. Injection portée à 8 millig.

5 août. L'iritis, qui avait disparu, revient. Cornée légèrement dépolie. Les syphilides cutanées ont presque complètement disparu. 9 milligrammes.

8 août. *Exeat* non guérie sur sa demande. Les nodosités dorsales ont disparu. Pas de gingivite; pas de salivation. 45 injections.

Obs. CVIII. — Mélanie L..., 23 ans, couturière. Entrée le 16 août 1881, lit n° 28, salle Saint-Alexis. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Syphilis remontant à trois mois et demi.

*Examen.* — Chancres non infectants de l'anus et de la fourchette. Syphilides érosives des deux amygdales; syphilides papulo-squameuses confluentes du tronc et des membres. Polyadénite inguinale et cervicale postérieure non douloureuse. Alopécie, céphalée, courbature.

*Traitement.* — Iodoforme pour les chancres mous. Injections à 9 millig.

13 septembre. Les syphilides cutanées s'affaissent et pâlissent. Pas de salivation; légère douleur; pas d'accidents locaux.

16. *Exeat.* Guérie. 29 injections.

Obs. CIX. — Marie D..., 22 ans, cuisinière. Entrée le 23 août 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 9. Pas d'antécédents diathésiques. Début il y a quatre semaines.

*Examen.* — Très nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques érosives des grandes et des petites lèvres, du pourtour de l'anus, de la face interne des cuisses. Syphilides érosives multiples du voile du palais et de la face dorsale de la langue; syphilide érythémateuse du tronc; polyadénite inguinale et cervicale; céphalée; syphilides papuleuses multiples du vagin et du col utérin.

*Traitement.* — Injections à 9 millig.

29 août. Les syphilides vulvaires commencent à s'affaisser.

5 septembre. Les syphilides vaginales, utérines, buccales, ont disparu; celles de la vulve sont en voie de disparition presque totale, ainsi que les syphilides cutanées. Aucun accident. Pas de salivation. Pas de gingivite.

13 septembre. *Exeat.* Guérie. 20 injections.

Obs. CX. — Ernestine L..., domestique, 21 ans. Entrée le 23 août, salle Saint-Alexis, lit n° 31. Antécédents scrofuleux. Mauvaise santé habituelle. Début de la syphilis il y a quatre mois et demi.

*Examen.* — Sur les grandes et les petites lèvres, au pourtour de l'anus, dans les plis génito-cruraux, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques et érosives. Polyadénite inguinale et cervicale postérieure aphlegmasique; syphilides érosives des deux amygdales. Syphilide érythémateuse du tronc. Alopécie, céphalée.

*Traitement.* — Injections à 9 millig. Le tissu cellulaire du dos est très peu développé.

29 août. État stationnaire.

3 septembre. Affaissement presque total des syphilides de la vulve. Aucun accident local ou général.

17 septembre. *Exeat.* Guérie. Aucun accident. 24 injections.

Obs. CXI. — Marie L..., 18 ans, mécanicienne. Entrée le 5 août 1881, salle Saint-Louis, lit n° 24. Pas d'antécédents strumeux. Chancre infectant il y a quatre mois.

*Examen.* Nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques érosives des grandes et des petites lèvres, du pourtour de l'anus. Polyadénite inguinale double non douloureuse et cervicale postérieure. Quelques syphilides papuleuses du vagin et du col. Alopécie, courbature, insomnie. Rien à la gorge ni à la peau.

*Traitement.* Injections à 9 millig. Tissu cellulaire du dos très peu épais.

22 août. Syphilides vulvaires presque totalement affaissées. Pas de salivation; pas de douleur; pas de nodosités.

29. Syphilides vulvaires, vaginales, utérines, guéries.

5 septembre. — *Exeat.* Guérie. Sans accidents. Total : 27 injections.

Obs. CXII. — Albertine L..., 17 ans, mécanicienne. Entrée le 5 août, salle Saint-Alexis, lit n° 41. Début de la syphilis il y a six semaines.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques dont plusieurs sont érosives et recouvertes d'un enduit diphthéroïde sur les grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux, au pourtour de l'anus. Vulvo-uréthro-vaginite blennorrhagique. Syphilides érythémateuses et papulo-squameuses du tronc et des membres. Vitiligo de la nuque. Syphilides érosives des lèvres, des piliers, des amygdales. Alopécie, céphalée, courbature. Fièvre syphilitique. Algidité des extrémités.

*Traitement.* — Injections à 9 millig.

20 août. Affaissement des syphilides vulvaires et buccales.

25. La malade ne peut plus supporter les piqûres à cause de la douleur excessive et durant toute la journée qu'elles provoquent. La malade est très nerveuse. La simple pression de la peau provoque des contractions musculaires énergiques. Il n'y a aucun accident local. Pas de nodosité. Aucune trace d'inflammation. Pas de salivation; pas de gingivite. On supprime les injections et l'on traite la malade avec la solution interne de peptone mercurique. Deux cuillerées à café par jour.

18 septembre. *Exeat.* Guérie. 14 injections.

Obs. CXIII. — Joséphine C..., 21 ans, domestique. Entrée le 9 août, salle Saint-Alexis, lit n° 44. Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires, Début de la syphilis il y a six mois.

*Examen.* — Il existe à la base des grandes lèvres cinq syphilides papulo-hypertrophiques. Bubon volumineux de l'aine gauche. Syphilide érythémateuse du tronc. Alopécie, insomnie, céphalée.

*Traitement.* — Injections à 9 millig.

26 août. Envoyée à l'hôpital Cochin pour embarras gastrique fébrile. Les syphilides ont presque complètement disparu. Aucun accident local. Pas de stomatite.

Rentrée à Lourcine le 10 septembre. Syphilides guéries.

*Exeat.* Guérie le 12 septembre. 16 injections. Aucun accident.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 juin 1881. — Présidence de M. Charrier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal des sages-femmes.*

La correspondance manuscrite renferme une lettre de remerciements de M. le docteur Caradec fils (de Brest), nommé récemment membre correspondant.

M. Christian dépose en son nom, sur le bureau,un extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, ayant pour titre : *Onanisme.*

M. Dubrisay offre à la Société une brochure, dont il est l'auteur, sur la réorganisation des services d'accouchement dans les hôpitaux et chez les sages-femmes agréées.

—

M. Polaillon lit une observation de scapulalgie suppurée, suivie de résection de la tête de l'humérus, de rugination de la cavité glénoïde, et de guérison rapide.

L'opéré est soumis à l'examen de la Société. (Voyez plus haut.)

M. Reliquet : Ce fait est fort semblable, dans ses résultats, à celui que j'ai publié dans la *Revue photographique* en 1870. Le malade en question avait reçu dans l'épaule une balle qui fracassa la tête et le col de l'humérus. L'incision transversale descendait un peu plus bas que dans l'observation de M. Polaillon; je la fis par le trou de la balle, qui fut ainsi utilisé.

Quant aux résultats, ils étaient identiques à ceux obtenus par M. Polaillon. Les mouvements d'abduction sont seuls limités; l'opéré peut soulever des fardeaux, porter des seaux, etc., et on lui conseilla même, au service, de ne pas se servir de son bras s'il voulait obtenir une pension qu'on ne donne qu'aux amputés.

—

M. Dubuc présente, au nom de M. de Beauvais et au sien, les pièces anatomo-pathologiques résultant d'une autopsie faite, avec le concours de M. Rougon, sur une femme de 49 ans, d'un embonpoint considérable (elle pesait 270 livres), et qui a succombé au treizième jour d'une anurie calculeuse absolue.

Le rein droit offre une hypertrophie considérable ; il mesure 22 centimètres de longueur sur 11 de largeur; il est très congestionné, un peu ramolli, d'un rouge veineux; après l'avoir incisé, on recueille environ une cuillerée à bouche d'un liquide sanguinolent; il n'y a pas d'hydronéphrose.

L'uretère droit est complètement obstrué, à sa partie supérieure, à un centimètre de son origine, par un calcul volumineux, allongé, fortement engagé dans le canal; on en retrouve deux autres dans le bassinet et de nombreux graviers dans les calices.

Le rein gauche, sans doute considérablement atrophié, dégénéré, comme noyé dans la masse du tissu graisseux ambiant, n'a pu être retrouvé dans la région lombaire, ni sur la colonne vertébrale; néanmoins l'uretère gauche existe, non oblitéré, sur la paroi vésicale, à sa place habituelle. La vessie est à l'état normal, revenue sur elle-même et complètement vide. On remarque un corps fibreux sur la corne gauche de l'utérus, du même volume que cet organe qui est atrophié. La rate était ramollie, le foie très congestionné.

Les autres organes n'ont pu être examinés, en raison des difficultés que présentait cette nécropsie faite dans une loge de concierge.

M. de Beauvais se réserve de publier *in extenso* cette curieuse observation.

M. Reliquet pense qu'il devait y avoir un second rein, parce que l'uretère correspondant n'est pas oblitéré. Lorsque les graviers s'arrêtent, c'est habituellement à l'entrée de l'uretère, et il se produit alors, d'après Merklen, une sclérose du rein.

M. Reliquet croit qu'il est préférable de remettre la discussion à ce sujet, lorsque M. de Beauvais communiquera l'observation complète à la Société.

—

M. Dubrisay fait la communication suivante : *Plaie du crâne; pénétration à 9 centimètres d'un poignard dans la substance cérébrale; guérison.*

Le 8 avril 1881 je fus appelé par mon confrère, le docteur Miot, auprès d'un homme âgé de 44 ans qui, deux heures auparavant, dans un accès de désespoir, s'était enfoncé un poignard à travers le crâne jusque dans le cerveau. Il avait, disait-il, pris le poignard de la main gauche et se l'était enfoncé à coups de marteau, croyant qu'au premier coup il allait tomber mort. A son grand étonnement, il n'avait ressenti aucune douleur et n'avait éprouvé aucun phénomène particulier. Il avait, dit-il, donné une douzaine de coups de marteau. Il est inutile d'ajouter que cet homme est un alcoolique; cependant, ni au moment de la tentative de suicide, ni à l'heure de notre examen, il n'était en état d'ivresse.

Sur le crâne, entièrement chauve, on voyait saillir, à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs, le manche d'un poignard, enfoncé transversalement et au-dessous du manche, un centimètre de lame. L'instrument avait pénétré un peu à droite de la ligne médiane.

Depuis une demi-heure, M. Miot faisait d'inutiles efforts pour arracher le poignard, qui n'avait même pas été ébranlé. Je fis asseoir le malade à terre; deux personnes vigoureuses lui appuyèrent fortement sur les épaules, et, muni d'une très solide pince de mécanicien, je renouvelai à plusieurs fois les tentatives d'extraction, et ne fus pas plus heureux que mon confrère. Je soulevais de terre blessé et aides, mais le poignard restait immobile. Ces tentatives ne provoquaient du reste aucune douleur.

Le client chez lequel je me rendais, quand M. Miot m'arrêta, est tourneur en cuivre, et je savais trouver chez lui les appareils les plus puissants. Je fis descendre dans un deuxième sous-sol notre blessé, qui marchait seul et très facilement, sans le moindre étourdissement, sans la plus légère céphalalgie. Arrivé dans l'atelier, j'avisai une pince en fer de 30 centimètres de longueur, suspendue à l'extrémité d'une chaîne, laquelle s'enroule autour d'un cylindre mu par la vapeur. Cette pince, qui monte et descend à volonté entre deux gros poteaux de bois écartés l'un de l'autre de 55 centimètres, et figurant à peu près les montants d'une guillotine, est disposée de telle sorte que jamais elle ne peut laisser échapper ce qu'elle a une fois saisi entre ses branches : plus on la relève, plus vigoureusement elle serre. Elle est employée à l'étirage des tubes en cuivre.

Je fis asseoir notre homme entre les deux montants de la guillotine; je le fis fortement fixer à ses anneaux placés dans le sol, et, une fois le manche du poignard saisi par les deux mords de la pince, on fit lentement tourner le cylindre sur lequel s'enroule la chaîne de suspension.

Au deuxième tour à peine, le poignard était arraché, et, par un effet de recul, la tête du malade allait frapper fortement contre l'un des poteaux.

Ainsi que l'avait annoncé notre homme, cette lame mesurait, en effet, 10 centimètres, dont 9 avaient été logés à l'intérieur du crâne. A l'extrémité inférieure, dans une étendue de 2 centimètres, elle présentait une légère courbure à concavité antérieure.

Pas plus après qu'avant l'extraction, le blessé, qui s'était prêté avec le plus grand sang-froid à toutes les manœuvres, n'éprouva ni gêne, ni douleur, ni étourdissement. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent par la plaie, sur laquelle M. Miot étendit une légère couche de collodion. Dix minutes après, au plus, il quittait l'atelier et, dans la rue, au moment où je remontais en voiture, il venait me remercier et me donner une poignée de mains.

On le conduisit à Saint-Louis (service de M. Péan). Deux jours après, j'allais le voir : pas de fièvre, pas d'accidents d'aucune sorte; il restait au lit parce qu'on le lui avait ordonné. Dix jours après, il quittait l'hôpital.

Le 13 mai, M. Miot allait le voir à son atelier. Il ne pensait plus à son accident; il restait encore une petite plaie superficielle, dont M. Miot toucha les lèvres avec le nitrate d'argent.

A la fin de mai, la cicatrisation était complète.

Ainsi, cet homme avait pu enfoncer dans son cerveau 9 centimètres d'une lame d'acier large à sa base de 1 centimètre, et l'avait gardée deux heures, et il n'avait éprouvé ni douleur, ni gêne de la parole, ni paralysie, ni tremblement des membres, ni affaiblissement, ni même engourdissement. Avant, pendant, après l'accident, il était, au point de vue physique comme au point de vue intellectuel, dans un état absolument normal.

J'essayai, quelques jours après, de reproduire aussi exactement que possible cette bizarre lésion.

Sur le crâne d'un jeune garçon de 16 ans, à la salle des morts de l'hôpital des Enfants, j'enfonçai un couteau à autopsie à la réunion du tiers postérieur du crâne avec les deux tiers antérieurs, légèrement à droite de la ligne médiane. Une fois le couteau enfoncé de 9 centimètres, je sciai la voûte crânienne, d'abord horizontalement, au lieu d'élection, puis verticalement d'avant en arrière, en appliquant ma scie le long de la lame du couteau; puis, enlevant le cerveau couche par couche sur la face externe de l'hémisphère droit, je reconnus que le couteau :

1° Était entré dans la substance cérébrale sans intéresser le sinus longitudinal supérieur; il avait dû en être ainsi chez le mécanicien;

2° Qu'au point où, dans les deux cas, il pénétrait dans le cerveau, l'observation des symptômes sur le sujet vivant, l'examen direct sur le cadavre, prouvaient que la lame avait passé immédiatement en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, c'est-à-dire en arrière de la zone motrice;

3° Que l'extrémité inférieure de la lame, arrivée à 9 centimètres, ne dépassait pas la base de l'hémisphère latéral du cerveau dans la portion qui correspond à la face postéro-supérieure du rocher;

4° Que la difficulté éprouvée pour extraire cette lame ne venait pas, comme je l'avais supposé, de ce que l'extrémité avait pénétré dans le rocher. La résistance tout entière venait de la pression exercée par les lèvres de la plaie osseuse.

En résumé, si incomplète que fût une expérience sur le cadavre, elle permettait de comprendre l'absence de symptômes présentée par le blessé. L'alcoolisme aidant pour expliquer l'absence de toute sensibilité et un sang-froid qui allait presque jusqu'à l'hébétude, ce fait était d'accord avec les données actuelles de la physiologie cérébrale.

M. Polaillon : Le fait de M. Dubrisay est très intéressant parce que la blessure du cerveau a évité tous les organes importants, et parce que la réunion s'est faite par première

intention. Les plaies du crâne avec perte de substance, non suivies d'accidents graves, immédiats, ne sont d'ailleurs pas très rares, et en 1872, alors que je remplaçais M. Broca, j'en ai vu un curieux exemple. Il s'agissait d'un ouvrier de Charrière, qui entrait à l'hôpital pour un enfoncement des os du crâne et perte de substance cérébrale par une meule lancée avec une force énorme. Pendant deux mois, tout s'est bien passé; au bout de ce temps, il a fini par succomber à un abcès du cerveau.

M. Perrin demande s'il est bien sûr que l'individu lui-même se soit enfoncé le poignard dans le crâne. Il en doute, non-seulement à cause de la difficulté qu'on a eu à faire pénétrer un poignard de même forme dans le crâne d'un cadavre, mais surtout à cause du siège où le poignard a pénétré.

M. Dubrisay ne peut répondre d'une façon satisfaisante à cette question.

—

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport sur l'organisation du concours pour le prix Duparcque, présenté et lu à la Société, dans la séance dernière, au nom d'une commission composée de MM. Charrier, président, Jules Besnier, de Beauvais, Amédée Forget, Reliquet, Thevenot et Larcher, rapporteur.

La parole est donnée à M. Rougon, qui propose plusieurs amendements. Une discussion régulière s'engage sur les modifications à apporter dans la rédaction des divers articles.

Le rapport ainsi modifié est mis aux voix et adopté.

—

Élection. — M. le docteur Budin est élu membre titulaire.

— La séance est levée à six heures.

*Le secrétaire annuel*, Thevenot.

## FORMULAIRE

Alcool créosoté contre la carie. — Buchner.

| | |
|---|---|
| Créosote . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Alcool . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 8 à 16 grammes. |

Mêlez. — On imbibe du coton avec cette solution, on l'introduit mollement dans la cavité de la dent cariée, et on le renouvelle tous les quarts d'heure, jusqu'à ce qu'on ait obtenu du soulagement. — N. G.

## COURRIER

L'Allaitement artificiel. — Le vœu émis l'année dernière par le conseil général de la Seine, de voir expérimenter l'allaitement artificiel des enfants atteints de maladies contagieuses, se réalise en ce moment à l'hospice dépositaire. L'installation intérieure de la nourricerie modèle est terminée, et les expériences ont commencé dans les premiers jours de juin 1881, sous la direction de M. le professeur Parrot.

Le bâtiment construit d'une facon simple et peu dispendieuse, est élevé d'un rez-de-chaussée et divisé en deux salles séparées au milieu par un office; l'écurie est attenante à ce bâtiment.

Chaque salle contient huit berceaux et quatre lits d'adultes destinés aux infirmières. Il y a, en effet, une infirmière pour soigner deux enfants; elle ne les quitte ni jour ni nuit. L'écurie a reçu, au début, une vache, une ânesse et quatre chèvres.

M. le docteur Parrot, avec sa grande compétence de la question, jugera s'il est nécessaire de se procurer, dans la suite, d'autres animaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Jules Simon commencera son cours de thérapeutique le mercredi 9 novembre, à 9 heures, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Consultation clinique le samedi.

— Au même hôpital, M. le docteur de Saint-Germain recommencera ses conférences sur la chirurgie des enfants et l'orthopédie le jeudi 3 novembre, et les continuera les jeudis suivants.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE INTERNE

## PARALYSIE SYPHILITIQUE DU NERF TRIJUMEAU ANESTHÉSIÉ DE LA FACE ; FONTE PURULENTE DE L'ŒIL ; GOMME DE LA DURE-MÈRE ET DESTRUCTION DU GANGLION DE GASSER.

Leçons faites à l'hôpital de la Pitié, le 26 décembre 1879, par le docteur E. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

Recueillies par M. Armand DELPEUCH, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Au n° 30 de notre salle Sainte-Geneviève est couchée une malade dont je compte vous entretenir aujourd'hui. Certes, aucun des désordres fonctionnels dont elle est affectée n'est d'un diagnostic difficile, mais ces désordres, par leur réunion, soulèvent un intéressant problème qui est de déterminer la nature et le siége de la lésion commune dont ils relèvent.

Pauline V... a 47 ans; elle vient d'Amiens, où elle exerçait la profession de lingère. Son histoire pathologique est courte et nous offre à relever ce seul fait sur lequel nous aurons à revenir : à l'âge de 22 ans, elle eut un chancre de la lèvre, bientôt suivi de roséole généralisée, d'angine, de plaques muqueuses, ensemble morbide qui ne laisse subsister aucun doute sur la nature de l'ulcération labiale. Puis, jusqu'à l'année 1877, longue période de santé parfaite que ne vient troubler aucun réveil de la maladie constitutionnelle. — Il y a deux ans, pour la première fois, apparurent des douleurs frontales intenses du côté droit, et la malade, jusque-là bien portante, s'anémia, eut des digestions pénibles, maigrit rapidement. Un court séjour à l'hôpital en juillet 1877 et un traitement ioduré avaient bien amené une amélioration passagère, mais la malade sortit trop tôt, s'abstint de toute médication et endura pendant des mois entiers d'atroces douleurs névralgiques, jusqu'au jour où de graves désordres du côté de l'œil la firent entrer, l'année dernière, à Saint-Antoine, dans le service de M. Le Dentu.

La céphalée avait persisté avec le même caractère d'intensité, mais de plus la vue avait été, en peu de temps, successivement troublée et abolie. Il est facile, aujourd'hui encore, à l'aide de l'interrogatoire de la malade et de l'examen de l'œil, de reconstituer la série des accidents qu'elle a présentés : kératite neuro-paralytique, abcès cornéen, perforation, hernie de l'iris qu'on voit compris maintenant dans une cicatrice, enfin staphylôme consécutif. En même temps, on constatait déjà de l'anesthésie de la face à droite et de la surdité du même côté.

La présence de ces derniers symptômes, le caractère incurable des lésions oculaires firent passer la malade du service de M. Le Dentu dans le mien à la fin de l'année 1878. La névralgie fut traitée par l'iodure de potassium à haute dose, pendant que le régime lacté, l'emploi de poudres stomachiques relevaient les forces déprimées et stimulaient les fonctions digestives de la patiente. Celle-ci nous quitta, non point guérie, mais améliorée. Ce ne fut pas pour longtemps, et, le 3 avril dernier, elle revenait nous demander nos soins à la Pitié ; elle était plus faible, plus émaciée que jamais, avait du muguet dans la bouche et ses douleurs frontales s'étaient encore accrues.

Comme nous l'avions fait une première fois et à l'aide de la même médication, nous avons beaucoup amélioré l'état général et atténué dans une large mesure les douleurs névralgiques. Signe important d'un retour à une santé meilleure, les règles qui étaient supprimées depuis un an ont reparu récemment. Quant à la diminution des souffrances, c'est bien à l'action de l'iodure de potassium qu'on doit l'attribuer, car, à la prière de la malade, nous avons tenté à plusieurs reprises d'en suspendre l'usage, mais chaque fois le retour des accès névralgiques avec leur intensité première nous a forcés d'y recourir de nouveau.

Vous avez pu observer, il y a peu de temps encore, un de ces retours : des dou-

leurs continuelles, semblant partir de l'arcade sourcilière droite, irradiaient vers l'occiput, des fourmillements occupaient la moitié droite de la face et, de temps à autre, à ces sensations persistantes et facilement supportables venaient s'ajouter des crises aiguës, des exacerbations que la malade comparait à des décharges électriques qui se seraient faites dans l'œil et dans la joue du côté droit. — Aujourd'hui, ces paroxysmes n'existent plus.

Malheureusement c'est là, avec le retour des forces, le seul résultat important que nous ayons obtenu, et l'état local est aujourd'hui le même que le premier jour, comme vous pouvez le vérifier. Vous notez tout d'abord du côté de l'œil les lésions que je vous ai énumérées, lésions irréparables; puis, si vous explorez la sensibilité de la moitié droite de la face, vous constatez que les parties innervées par le rameau frontal de la branche ophthalmique de Willis ont conservé une faible partie de leur sensibilité; que l'œil, la joue, le nez sont au contraire absolument insensibles : vous pouvez piquer ces régions, exciter avec une épingle la narine droite, la moitié droite de la langue, sans déterminer aucune douleur, sans provoquer aucun mouvement réflexe. De plus, la mastication est difficile et depuis quelques mois presque toutes les dents de la mâchoire supérieure se sont cariées successivement et sont tombées.

Un examen plus minutieux montre que ce ne sont pas les seuls troubles nerveux que présente notre malade: remarquez en effet que la bouche est légèrement déviée et attirée du côté gauche, qu'invitée à fermer l'œil droit, Pauline V..... ne peut y parvenir entièrement; enfin souvenez-vous que depuis plus d'un an elle n'entend point de l'oreille droite, siége par instants de bourdonnements confus.

Pour ne rien omettre, je dois dire que depuis quelque temps la malade est sujette à des vertiges pendant la marche, à une tendance manifeste à se porter à sa droite, ne peut se retourner rapidement sans perdre l'équilibre; elle ressent en outre dans le poignet droit des élancements douloureux, accuse une raideur dans les doigts du même côté et ne peut écrire sans que la plume lui échappe souvent; la jambe droite serait, elle aussi, plus faible que la gauche. Mais ces troubles sont apparus récemment et sont encore trop peu marqués pour modifier la physionomie générale de l'affection qui reste dominée par ce fait : la paralysie, du côté droit, des 5e, 7e et 8e paires.

C'est là l'ensemble symptomatique dont il nous faut maintenant chercher l'explication.

Il est naturel de penser qu'une même lésion a atteint les trois nerfs malades, et cela dans le point où ils sont, à la fois, le plus voisins les uns des autres et le plus éloignés des troncs nerveux qui les précèdent ou les suivent immédiatement. Ce point, à coup sûr, n'est pas au niveau de leur origine réelle, car on s'expliquerait difficilement que la sixième paire crânienne, que les trois dernières eussent été laissées intactes par une lésion occupant la protubérance et le bulbe dans une étendue d'au moins deux centimètres. Mais il est une région vers laquelle se dirigent également le trijumeau, le facial et l'auditif, le premier pour entrer en rapport avec le ganglion de Gasser, les deux autres pour pénétrer dans le conduit auditif interne. Cette région est la face postérieure du rocher, au voisinage de son sommet. C'est évidemment là, dans l'espace triangulaire compris entre le rocher en avant, la protubérance à gauche et l'hémisphère cérébelleux à droite que nous devons localiser la lésion primitive, lésion qui ne saurait être, puisque nous avons éliminé toute altération centrale, qu'une tumeur comprimant à la fois les nerfs paralysés jusqu'à les détruire et, dans une certaine mesure, l'hémisphère droit du cervelet et son pédoncule moyen.

Quel a été le point de départ précis de la néoplasie, l'os temporal ou l'une quelconque des méninges? A ne considérer que les symptômes observés, pris isolément le problème est insoluble, car la tumeur, quel que soit son point d'implantation, n'est une cause de troubles que par son volume et la compression qu'elle exerce sur les organes voisins, caractère trop banal pour servir à une distinction. Mais ce dont toute production morbide de la région que nous avons délimitée ne saurait rendre compte, c'est la marche de la maladie, ce sont les modifications qu'a fait subir à son

cours le traitement suivi. Or vous allez voir que la considération de ces deux éléments nous révèle la nature de la lésion et, avec sa nature, son siége précis.

Nous avons affaire à une altération circonscrite, non-seulement en ce sens que nous pourrions à quelques millimètres près en dessiner les limites, mais aussi en ce sens qu'elle est et restera toujours enfermée dans ces limites, qu'elle n'a aucune tendance à en sortir. Considérez en effet quelle a été la marche de cette altération : elle a atteint rapidement, presque simultanément, deux des paires nerveuses qu'elle englobe, le trijumeau et l'auditif, trois peut-être, et depuis est restée stationnaire. Ce seul caractère nous permettrait d'affirmer que nous avons affaire à une production syphilitique, car je n'ai pas besoin de vous répéter quelle importance j'attache à cette circonscription nette des lésions pour le diagnostic de la syphilis tertiaire. Nous devons donc éliminer les fibromes de la dure-mère, l'endothéliome et toute autre néoplasie, puisque toutes ces lésions ont une évolution graduelle, lente et toujours progressive.

Un autre fait rend incontestable la nature syphilitique de l'affection qui nous occupe : c'est l'influence heureuse de l'iodure de potassium sur l'intensité des douleurs. Mais là se bornent les notions que nous donnent l'analyse clinique et l'épreuve thérapeutique; nous ignorons encore quel a été le point de départ, quel est le siége exact de la tumeur syphilitique. Est-ce la dure-mère, est-ce le tissu osseux sous-jacent? Est-ce une exostose, est-ce une inflammation gommeuse? L'expérience nous apprend, et j'ai vérifié le fait sur bien des sujets, que les exostoses syphilitiques siégent, non point sur les os de la base, mais sur ceux de la voûte.

Ainsi par une série d'éliminations nous sommes amenés à conclure que nous avons affaire à une tumeur syphilitique ancienne et déjà en grande partie résorbée de la dure-mère. On comprend en effet que la multiplication considérable des éléments conjonctifs de cette membrane fibreuse ait rétréci, oblitéré peut-être, les canaux qu'elle présente au passage des nerfs, que ceux-ci aient été progressivement comprimés et détruits. Un fait semblable au précédent a été publié par Dixon dans les *Transactions médico-chirurgicales* de Londres (tome XXIX, p. 131). Les lésions oculaires étaient les mêmes, les autres symptômes assez semblables, malheureusement l'examen histologique n'a point été fait et l'on ne saurait affirmer, quoique ce soit très probable, qu'il s'agissait là d'une tumeur syphilitique.

Il est une questiou que nous ne nous sommes point encore posée, c'est la suivante : le ganglion de Gasser est-il lésé? Elle tire son intérêt des discussions qu'a fait naître entre les physiologistes l'étude de la nutrition de l'œil, et de la part qu'y prend le système nerveux.

A cette question nous devons répondre affirmativement, car, malgré quelques dissidences, on admet depuis les expériences de Magendie que la section du nerf trijumeau en avant du ganglion de Gasser est plus sûrement suivie de la perte de l'œil que la section entre la protubérance et le ganglion. Quelle est donc la cause de cette altération de l'œil?

Pour Snellen, c'est la perte de la sensibilité des paupières qui, ne pouvant réagir, ne protègent plus, par leur clignement, la cornée et la conjonctive contre les injures extérieures, contre les corps étrangers. Pour Eberth, c'est l'abolition du pouvoir que donne le trijumeau aux parties accessoires du sens de la vue de s'opposer par le clignement, par l'écoulement plus abondant des larmes, au dépôt et à la multiplication des organismes inférieurs portés par l'air sur la cornée. Pour d'autres, plus nombreux, ce serait la paralysie des vaisseaux oculaires produite par la section des fibres vaso-motrices émanées du grand sympathique et comprises, à partir du ganglion de Gasser, dans la branche de Willis. Mais, tandis que la plupart des physiologistes voient, dans la dilatation vasculaire qui suit la section du nerf trijumeau, l'origine, le premier degré de l'inflammation oculaire, Claude Bernard, au contraire, fait de la paralysie des fibres vaso-dilatatrices séparées de leur centre, du resserrement des vaisseaux oculaires qui en est la conséquence, l'origine des troubles nutritifs observés.

Je ne m'arrêterai pas à vous parler de l'action trophique que les centres nerveux

paraissent exercer sur tous les éléments de nos tissus et, ne retenant des expériences physiologiques que le seul fait qui paraisse démontré, nous comprendrons le ganglion de Gasser dans les limites que nous avons tracées à la lésion dont nous avons aussi déterminé le siége et la nature.

Ces limites s'étendront-elles? Non, grâce au traitement ioduré. Mais les fonctions perdues ne se rétabliront pas, car les éléments nerveux détruits le sont pour jamais, la paralysie motrice et sensitive est incurable et nous resterons spectateurs, presque passifs, d'une affection qui m'a paru digne de fixer votre attention en raison du diagnostic exceptionnellement précis, relativement facile qu'elle comportait (1).

(1) L'état de la malade est resté presque stationnaire pendant l'année 1880. Nous avons noté seulement des troubles dans l'innervation des membres inférieurs, troubles consistant en crampes, fourmillements, soubresauts des deux côtés, diminution et retard de la sensibilité, et parésie à droite, hyperesthésie à gauche. Les symptômes céphaliques étaient les mêmes. Le 27 janvier 1881, la malade tomba tout à coup dans le coma et la mort survint le 29.

Nous ne relèverons dans le compte rendu de l'autopsie que les détails qui se rapportent à l'objet de la leçon ci-dessus.

A la surface du lobe droit du foie est une cicatrice étoilée, déprimée, envoyant dans l'intérieur du parenchyme une bride fibreuse, lésion évidemment syphilitique.

Pour ce qui est de l'encéphale, il existe à la face postérieure du rocher une masse fibreuse, impossible à dissocier, s'étendant du conduit auditif interne au sommet du rocher et résultant de l'adhérence et de la fusion des méninges molles et de la dure-mère entre elles et avec la région voisine du cervelet; en ce point, la substance nerveuse est épaissie et indurée. En aucun autre point de l'encéphale, on ne trouve de production pathologique et partout ailleurs les méninges sont libres et indépendantes.

Les nerfs des cinquième, septième et huitième paires, du côté droit, sont englobés dans ce tissu fibreux très compact.

Le ganglion de Gasser du côté droit, beaucoup moins saillant et plus aplati que son congénère, se trouve réduit à une mince bandelette; il offre une coloration blanchâtre, comme s'il s'agissait d'une cicatrice, et d'ailleurs il est induré et résistant. Le ganglion du côté gauche est absolument normal.

L'examen comparatif des coupes histologiques des deux ganglions montre, du *côté malade* :

Un développement beaucoup plus considérable des éléments conjonctifs, formant une sorte de gangue fibreuse qui étouffe les éléments nerveux. Ceux-ci, cellules et fibres, sont atrophiés ou ont disparu. Les fibres nerveuses restantes ne possèdent plus de myéline et sont réduites à un cylinder axe apparaissant sur une coupe transversale comme un simple point noir. Entre les éléments conjonctifs ou nerveux il existe, sur plusieurs points, des amas de cellules adipeuses.

En somme, augmentation du tissu conjonctif et atrophie des éléments nerveux du ganglion malade; semblable altération s'observe dans les branches nerveuses correspondantes. Inutile d'ajouter que le produit gommeux, dans le cas particulier, a eu tout le temps pour être résorbé.

## THÉRAPEUTIQUE

### DE LA DIGITALE.

La digitale est un des plus importants parmi les médicaments incontestés; c'est, en effet, le diurétique le plus sûr que l'on connaisse, et en même temps le régulateur de la circulation. La plupart de nos chimistes ont étudié la digitale dans sa composition et ses propriétés, nos médecins les plus distingués l'ont employée avec un succès constant. Ses propriétés diurétiques en font un adjuvant précieux dans le traitement de l'hydropisie, et son action sur la circulation en fait un des plus puissants sédatifs connus. En effet, elle ralentit les battements du cœur au point de faire tomber les pulsations de près de moitié, et comme en général le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre de ses pulsations diminue, il devient évident que par une administration rationnelle de la digitale on parvient à régler les battements du cœur, à diminuer leur fréquence et à augmenter leur énergie : on apporte donc à la fois du calme et de la force dans la circulation.

Ces faits ont été si fréquemment constatés qu'il n'est véritablement plus nécessaire de citer des observations qu'on est à même de renouveler tous les jours. La question qui se présente

est celle de la forme à préférer pour l'administration de la digitale. Plusieurs pharmacologistes ont prétendu que l'infusion prolongée de la plante devait être préférée pour l'usage médical, et par suite que l'infusion aqueuse devait être adoptée pour la préparation du sirop de digitale officinal. M. Labélonye, avec l'autorité de sérieuses études sur la digitale, a soutenu une opinion contraire et l'a fait triompher : il a prouvé que sous l'action de l'alcool hydraté à 22° l'huile volatile, la résine, les principes amers, les sels étaient complètement dissous, et que l'extrait hydro-alcoolique qui en résultait contenait bien tous les principes auxquels la digitale doit ses propriétés. Les rédacteurs du Codex se sont rangés à l'opinion de M. Labélonye, et la solution alcoolique a été substituée à l'infusion aqueuse dans la formule du sirop de digitale officinal. Cette opinion a d'ailleurs été confirmée dans le rapport de M. Buignet, lu à l'Académie de médecine, le 23 janvier 1872.

C'est donc l'extrait hydro-alcoolique de digitale qui doit être la base des préparations les plus favorables à la bonne administration de la digitale, et c'est avec cet extrait, préparé avec des soins tout spéciaux, que M. Labélonye confectionne les granules et le sirop dont l'emploi est devenu général. Le sirop surtout obtient des succès constants qui démontrent qu'il jouit bien de toutes les propriétés de la digitale sans présenter aucun inconvénient dans son mode d'administration : il ne charge jamais l'estomac et est facilement supporté par les personnes les plus délicates. La dose à laquelle il doit être employé est en moyenne de deux cuillerées à bouche par jour, ou de quatre granules s'il s'agit de granules. A cette dose, les effets sont très appréciables; elle peut cependant être augmentée sans inconvénient, et quelquefois presque doublée avec avantage dans les perturbations violentes de la circulation et les battements de cœur intolérables. Dans tous les cas, ce n'est jamais sans un succès immédiat qu'on l'emploiera dans toutes les affections du cœur.

## HISTOLOGIE

### LE MICROBE DU PEMPHIGUS.

(Société de biologie, séances du 15 et du 22 octobre 1881.)

M. Gibier (de Savigny) fait une communication sur le microbe du pemphigus aigu, qu'il pense avoir découvert. Le microbe du pemphigus aigu est une bactérie constituée à l'état adulte par une série d'articles disposés en chapelets, de 2 millièmes 1/2 de millim. sur 4 à 40 $\mu$ de longueur, composée de 2 à 20 articles arrondis, se confondant au niveau des points en contact. Ses mouvements sont assez vifs. A l'état jeune, elle est représentée par des granulations arrondies semblables à celles qui constituent les bâtonnets, mais isolées ou groupées tantôt sans ordre, tantôt en zoogleœ.

On trouve ces bactéries dans le liquide des bulles récentes et dans l'urine, qui en contenait une grande quantité dans le cas observé par l'auteur à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Vidal, dont il était l'interne.

L'injection sous-cutanée du liquide des bulles au cobaye, au lapin et au chien ne paraît produire aucun trouble chez ces animaux. Le pemphigus ne serait donc pas contagieux. Les symptômes cliniques et anatomo-pathologiques du pemphigus sont ceux d'une maladie infectieuse. Cependant, l'auteur n'a pas vu de bactéries dans le sang qu'il a examiné à deux reprises. Suivant lui, il doit en contenir néanmoins, car l'urine en contient, ainsi que le liquide des bulles, qui n'est que du sérum sanguin transsudé.

Dans le cas observé, le malade, charcutier de son état, avait consommé beaucoup de charcuterie: est-ce là qu'il faut chercher l'entrée de la bactérie dans l'économie? Il a eu de fortes poussées de bulles sur tout le corps; le liquide est même devenu hémorrhagique dans les bulles de la fin. L'état typhique et adynamique du malade, les résultats donnés par l'examen anatomo-pathologique, ne laissaient aucun doute sur la nature infectieuse de cette maladie qui, dans le cas particulier, s'est terminée par la mort.

L'auteur publiera plus tard l'observation complète, ainsi que les résultats de ses expériences, qui ont été conduites suivant la méthode de M. Pasteur, dont il est l'élève.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de la constatation de cette bactérie, si l'on se rappelle que, dans nombre de cas, on a observé le pemphigus en épidémies non-seulement chez l'homme, mais aussi chez les animaux. L'auteur a pu en observer un cas tout récemment sur deux chevaux de la même écurie, qui ont été observés en même temps par M. Bouley (de l'Institut) et M. le docteur P. Bouley fils.

La fièvre pemphigoïde ou bulleuse (pemphigus aigu) étant due à un ferment, il faudra donc la combattre à l'avenir par les antizymotiques; c'est ce qui découle de la découverte de M. Gibier (de Savigny).

## CORRESPONDANCE

Mustapha-Supérieur, 25 octobre 1881.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de recevoir une lettre de M. le maire d'Alger, par laquelle M. Guillemin, l'éminent et sympathique représentant de notre ville, fait justice de toutes les fausses nouvelles répandues sur l'état sanitaire et la sécurité à Alger par la presse étrangère. Étant à même de constater l'état sanitaire parfait et la sécurité absolue dont nous jouissons, je ne crois pouvoir mieux faire que de vous communiquer cette lettre, avec prière de vouloir bien l'insérer dans votre excellent journal, afin de rassurer entièrement le Corps médical, toujours si sympathique à notre colonie, et les valétudinaires auxquels le séjour dans notre beau climat est indiqué en hiver.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma plus haute considération.

Dr Ed. LANDOWSKI.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MAIRIE DE LA VILLE D'ALGER

Cabinet du Maire

Alger, le 23 octobre 1881.

Mon cher docteur,

Tous les ans, au commencement de la saison d'hiver, on fait circuler des bruits défavorables à l'Algérie et particulièrement à la ville d'Alger. Le but n'est que trop facile à comprendre : il s'agit de diriger les hiverneurs vers Monaco.

La supériorité de notre climat ne pouvant être contestée, on emploie d'autres moyens pour détourner les étrangers qu'attire notre beau soleil : une année on invente le choléra, une autre année la petite vérole ou la fièvre typhoïde, et cette année on profite de l'expédition de Tunisie et de la révolte de quelques tribus dans le Sud, pour faire courir des bruits absurdes sur le manque de sécurité à Alger.

Ceux qui reviennent de France ont pu constater la persistance de ces bruits mensongers et intéressés. La municipalité d'Alger doit faire tout ce qui dépend d'elle pour les réduire à néant ou tout au moins en atténuer le préjudiciable effet.

Vous voudrez bien me seconder, cher docteur, vous qui dirigez ici une grande station sanitaire et avez de constantes relations avec le corps médical parisien; vous pouvez par la voie de la presse médicale faire connaître à vos confrères de la métropole la vérité sur l'état sanitaire d'Alger, affirmer qu'il est excellent de tous points et qu'il ne règne aucune maladie épidémique; vous pourriez même, puisque cela est nécessaire, répéter que nous n'avons cessé de jouir d'une sécurité absolue, sur laquelle les évènements du Sud oranais ne peuvent avoir aucune influence.

Agréez, cher docteur, l'assurance de mes sentiments affectueux.

(*Signé*) A. GUILLEMIN, maire d'Alger.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

LE MONDE VÉGÉTAL, par Mme Stanislas MEUNIER. Bibliothèque des écoles et des familles. Paris. Hachette, 1881. In-8° de 224 pages.

J'ai signalé aux lecteurs de ce journal (numéro du 21 décembre 1880) le premier volume de l'intéressante série dont Mme Stanislas Meunier nous donne aujourd'hui le deuxième terme. Les mêmes éloges que méritait « le Monde animal » sont dus au « Monde végétal. » Les deux ouvrages, destinés à de jeunes intelligences auxquelles il importe de donner le goût des études naturalistes, contiennent des définitions claires et des descriptions aussi simples qu'attachantes. De très belles et très nombreuses gravures sur bois, intercalées dans le texte, rendent sensibles aux yeux et concourent à fixer dans la mémoire soit les plantes elles-mêmes dont il est question, soit les scènes auxquelles donne lieu la culture de ces plantes ou la préparation des produits qu'elles fournissent.

Les différents chapitres dont se compose ce volume sont consacrés à l'examen des principales plantes alimentaires, — industrielles, — médicinales; — des plantes d'ornement; et, sous le titre de : « Poisons », des seuls strychnos, qui entrent dans la confection du curare.

Comme spécimen, nous emprunterons au chapitre des plantes médicinales la description du *carica papaya*, nouveau médicament sur lequel MM. Bouchut et Wurtz ont récemment

attiré l'attention : « Le *carica papaya* de la famille des Artocarpées, voisine des Morées, dit Mme Stanislas Meunier, vit aux îles Moluques, dans l'Inde et dans l'Amérique méridionale. Il atteint rapidement la hauteur de 8 à 10 mètres, sans ramification du tronc. Les feuilles, munies de longs pétioles, sont palmées, les fleurs, dioïques. Le fruit a la forme d'un petit melon, et il est bon à manger quand il a été confit dans du vinaigre ou traité par l'eau bouillante. Le suc de l'arbre s'obtient en faisant des incisions au tronc; il est laiteux lorsqu'il s'écoule, amer, et exhale l'odeur du chou pourri. Il se décompose facilement et n'est pas facile à recueillir. Lorsqu'on le sèche au soleil, il devient dur et d'une couleur blanc jaunâtre. Mêlé à l'eau, ce résidu constitue le suc naturel.... Mis en contact avec de la viande crue, de la fibrine, du blanc d'œuf ou du gluten, il les ramollit en quelques instants et les dissout, au bout de quelques heures, à la température de 40°. — Quand on ajoute ce suc au lait, le lait commence par se coaguler, mais la caséine (le fromage) précipitée se dissout ensuite.

Des fausses membranes du croup, retirées par la trachéotomie, des parasites, tels que des ascarides et des tænias, ont été attaqués et digérés en quelques heures par ce suc végétal.

Son action sur la peau dénudée est âcre et irritante; il peut perforer la muqueuse de l'estomac. C'est, comme on le voit, un médicament des plus dangereux. Le suc des feuilles a des effets moins violents, et une infusion concentrée de celles-ci accélère la digestion sans produire aucune irritation. »

Nous espérons que Mme Stanislas Meunier ne s'en tiendra pas là, et qu'elle nous fera parcourir successivement bien d'autres « mondes ». Nous nous félicitons par avance de leur pluralité. — M. L.

DU SORT DES ENFANTS MORTS DANS LA MATRICE, par M. le docteur J. DAUDÉ (de Marvejols). Montpellier, 1881, Coulet. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Cette brochure est une édition nouvelle des articles que le docteur Daudé a publiés sur ce sujet dans les numéros de janvier et février derniers dans le *Montpellier médical*.

Dès que la mort du fœtus est constatée, il est utile et prudent, d'après l'auteur, de pratiquer l'accouchement prématuré et de prévenir les accidents consécutifs à la putréfaction de l'enfant dans l'utérus. Il est à craindre, en effet, que l'ouverture spontanée de l'œuf ou la rétention de ses débris deviennent périlleuses pour la mère. Les indications seraient même formelles quand on se trouve au septième mois de la grossesse, surtout quand il n'existe aucun symptôme d'expulsion naturelle et prochaine du fœtus. — Ch. E.

DE LA LUXATION CONGÉNITALE DU TIBIA EN AVANT AVEC RENVERSEMENT DE LA JAMBE SUR LA CUISSE, par le docteur L. HIBON. — Paris, Doin, 1891.

Cette monographie renferme de nombreux renseignements bibliographiques et cliniques, mais malheureusement ne contient aucune observation personnelle. Il est vrai que ces faits sont rares et par cela même intéressants à connaître pour le médecin. Mais l'auteur a eu l'excellente idée de faire quelques expériences cadavériques dans le but d'expliquer le mécanisme suivant lequel se produit cette luxation et les désordres des parties molles qui l'accompagnent. — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de l'allocution qu'il a prononcée aux obsèques de M. Houel; cette lecture est accueillie par des marques générales d'approbation.

— M. MONOD fait un rapport verbal sur deux observations de taille hypogastrique adressées par M. le docteur Bois. Les deux opérés ont parfaitement guéri; dans le premier cas, la guérison a demandé cinq semaines; dans le second, elle était complète au dix-septième jour. Un tube à drainage dans la plaie et une sonde dans la vessie ont empêché toute infiltration d'urine. Le chirurgien s'est servi avec avantage du ballon en caoutchouc que M. Petersen a imaginé d'introduire dans le rectum pour refouler la vessie et la faire saillir au-dessus du pubis.

M. Monod met sous les yeux de ses collègues un volumineux calcul vésical, mesurant 7 à 8 centimètres de diamètre, longitudinal et transversal, calcul qu'il a eu l'occasion d'extraire, par la taille hypogastrique, de la vessie d'un malade âgé de 63 ans, entré à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

Il ferma la plaie au moyen de sept points de suture, dont deux profonds et cinq superficiels ; un drain fut placé à l'angle inférieur de la plaie et une sonde fut introduite par l'urèthre dans la vessie. Les points de suture furent enlevés du cinquième au septième jour ; le treizième jour, le malade pouvait uriner seul et, le quinzième, la plaie était complètement cicatrisée. Malheureusement le malade fut pris, dans la salle, d'un érysipèle auquel il succomba rapidement.

A l'autopsie, on ne trouva pas trace de péritonite, mais seulement une certaine quantité de liquide dans la cavité rétro-pubienne.

M. Monod termine son rapport en demandant que la question de la taille hypogastrique soit mise à l'ordre du jour de la Société de chirurgie.

M. Desprès dit que la taille hypogastrique ne réussit guère que chez les enfants et les sujets adultes robustes et vigoureux. Chez les vieillards, la mort est à peu près fatalement la conséquence de cette opération. Suivant lui, M. Bois n'a réussi que parce qu'il a eu affaire à de jeunes sujets. La taille hypogastrique peut donc être pratiquée avec succès chez les enfants et les sujets jeunes, ou chez les adultes doués d'une bonne constitution. Elle doit être proscrite chez les vieillards. M. Desprès admet encore la taille hypogastrique chez des individus âgés de 50 à 55 ans, mais à la condition que les calculs à extraire soient de petit volume.

M. Périer, qui a beaucoup étudié la question de la taille hypogastrique, se réserve de faire à ce sujet un communication dans la prochaine séance.

— M. Terrillon fait une communication relative au traitement, ou plutôt à un point du traitement des kystes périostiques de la mâchoire. C'est le maxillaire supérieur qui est le plus ordinairement le siège de cette maladie.

Les kystes périostiques de la mâchoire sont habituellement, ainsi que l'a montré M. Magitot, le résultat de l'altération du sommet de la racine d'une ou de plusieurs dents. Sous l'influence de cette altération il se forme, autour du sommet de la racine ou des racines malades, une cavité kystique qui suppure et ne guérit pas spontanément. On conseille, pour amener la guérison, d'ouvrir largement la poche, après avoir enlevé la dent malade, de la laisser suppurer et d'y placer un tube à drainage. Peu à peu, sous l'influence de ce traitement, la cavité kystique s'oblitère et le malade guérit.

Mais deux cas peuvent se présenter. Tantôt la dent est altérée dans sa couronne comme dans sa racine ; alors il ne faut pas hésiter à sacrifier la dent malade ; mais, dans d'autres cas, la racine seule est lésée, et l'on a tenté de guérir le kyste en conservant la dent. M. Magitot a communiqué un certain nombre d'observations dans lesquelles, après avoir arraché la dent malade et détaché la partie altérée de la racine, il a réimplanté la dent au fond de son alvéole, et cette dent a repris et s'est parfaitement consolidée. C'est l'opération que M. Magitot désigne sous le nom de *greffe dentaire*.

Au dernier congrès de Londres, un dentiste de Lyon, M. Martin, a lu un travail dans lequel il soutient qu'il n'est pas nécessaire d'extraire la dent pour enlever la partie malade de la racine. Au moyen d'un petit trépan, il pénètre directement, à travers l'alvéole, jusqu'à la racine, et il en détache tout ce qui lui paraît altéré. Il a, dit-il, réussi de la sorte, à guérir plusieurs malades.

M. Terrillon a tenté d'imiter le procédé de M. Martin (de Lyon). Chez une jeune dame qui avait un kyste suppuré de la mâchoire dont elle désirait vivement être débarrassée, ce chirurgien, après avoir ouvert le kyste, a enlevé, à l'aide d'une pince coupante, la partie saillante des racines contenues dans la cavité kystique, et non seulement la malade a guéri de son kyste, mais encore les dents sont demeurées saines depuis l'opération et elles ont même repris leur coloration normale.

M. Terrillon pense que le procédé de M. Martin, si les résultats qu'il a déjà donnés se confirment, constituerait un progrès sur la greffe dentaire, car cette dernière opération est très douloureuse ; les dents restent longtemps à se consolider, et, partant, la mastication est longtemps entravée.

M. Magitot dit qu'il a connaissance du travail de M. Martin (de Lyon). Suivant lui, les observations contenues dans ce travail ne sont ni assez nombreuses ni d'assez longue date pour entraîner la conviction et prouver l'efficacité du procédé dont il s'agit.

Jusqu'à preuve du contraire, M. Magitot maintient la supériorité de la greffe dentaire. Elle seule permet de reconnaître exactement l'étendue de la maladie et d'enlever toute la partie malade, et rien que cette partie. Le trépan est une opération aveugle, car il est impossible de déterminer par ce moyen ni l'étendue, ni le siège du mal. La greffe dentaire n'est pas si douloureuse, et la consolidation des dents ne se fait pas attendre aussi longtemps que M. Terrillon veut bien le dire. D'après ses observations déjà fort nombreuses, la consolidation d'une greffe dentaire est une affaire de quinze jours au maximum.

En ce qui concerne le retour de la coloration normale des dents, observée dans le cas de M. Terrillon, M. Magitot déclare que c'est là un fait exceptionnel.

— M. le docteur Blum donne lecture d'un travail relatif à la pathologie de la main et à une variété de syndactylie.

Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport de la commission chargée de l'examiner.

D^r A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Du traitement des kystes hydatiques suppurés de la cavité thoracique par l'incision et par l'extraction de la poche kystique*, par le docteur Bird (de Victoria). — Les deux observations qui font l'objet de cette communication à la Société de médecine de Victoria sont relatives, l'une à un kyste hydatique de la plèvre, l'autre à une tumeur de même nature ouverte dans les bronches. Dans les deux cas, l'incision donna des résultats remarquables, plus complets que la ponction, les injections et l'électricité.

Le premier des malades était une femme de 26 ans, chez laquelle la ponction exploratrice avait donné issue à des débris d'échinocoques nageant dans une sérosité purulente. Une incision entre les septième et huitième côtes permit d'extraire la poche kystique sans difficulté et de pratiquer le drainage de la plèvre. Quelques jours après, la malade éprouvant de la dyspnée et de l'oppression, on constata l'existence d'un deuxième kyste, dont on évacua le contenu, constitué par de la sérosité et des hydatides. La malade était en voie de guérison quand on reconnut, dans le péricarde, la présence d'autres kystes de même nature qui étaient la cause des accès de dyspnée, des syncopes, et de l'assourdissement des bruits du cœur, accidents auxquels la malade succomba.

La seconde observation est celle d'une petite fille de 9 ans, qui expectorait des crachats fétides mélangés de fragments d'hydatides venant du poumon. Une ponction exploratrice dans le cinquième espace intercostal donna issue à du pus mélangé de débris de cysticerques. L'incision fut pratiquée, ainsi que l'extraction de la membrane kystique, et furent suivies du drainage et du lavage de la plaie. La guérison était complète quelques jours après.

Sur treize cas semblables de kystes hydatiques suppurés, le docteur Bird déclare n'avoir éprouvé qu'un seul insuccès, et encore il s'agissait d'une énorme tumeur qui, à la ponction, avait donné 156 onces de liquide, et dont la poche kystique, après son extraction, pesait une livre. Ce malade succomba à un érysipèle et à la septicémie. A l'autopsie, malgré la violente compression exercée par cette tumeur, on constata que le poumon était encore dilatable. (*The London med. Record*, p. 307; 15 août 1881.) — Ch. E.

*Observations sur certains accidents produits par le sulfate de quinine*, par le docteur Rivet, médecin major de 1^re classe. — Trois malades étaient soumis au traitement par le sulfate de quinine, l'un pour des accès de fièvre intermittente; les deux autres pour des névralgies rebelles. Chez le premier, les accidents se déclarèrent deux heures après l'ingestion du sulfate de quinine et consistèrent dans une éruption scarlatiniforme, des vomissements et de la dyspnée. Après quelques heures, ces phénomènes disparurent, pour se reproduire de nouveau chaque fois qu'on administrait le même médicament.

Chez le second malade, les accidents quiniques se traduisaient par du ténesme vésical, de l'hématurie et des plaques d'urticaire sur la peau. Enfin le troisième présenta une éruption après l'administration du valérianate de quinine. On substitua donc le sulfate au valérianate; mais un état syncopal alarmant se déclara alors et fut suivi d'une poussée d'urticaire généralisé. Le malade avait éprouvé des vomissements, de la dyspnée et de l'anxiété précordiale. Un flux diarrhéique termina la scène et précéda une amélioration définitive. Autrefois, en Afrique, ce malade avait inutilement fait usage, contre la malaria, du traitement par la quinine.

Les accidents de ce genre ont été signalés par les auteurs; ils sont rares cependant, car le docteur Rivet, qui a employé en Afrique la quinine à larges doses et chez un grand nombre de malades, ne les avait pas encore observés. On ne peut guère les attribuer qu'à une véritable intoxication chez des individus possédant une susceptibilité exceptionnelle.

Les injections sous-cutanées de morphine ont été des plus utiles chez les trois malades pour combattre ces accidents quiniques (*Recueil de mém. de méd. milit.*, juillet et août 1881, p. 421). — Ch. E.

*De l'angine scarlatineuse*, par M. le docteur Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital

Trousseau. — Les accidents buccaux de la scarlatine consistent dans l'exanthème de la langue, de la voûte palatine, du voile du palais et des amygdales sous forme de plaques isolées ou d'une rougeur généralisée; se compliquant quelquefois d'inflammation et de tuméfaction du voile du palais et des amygdales.

L'angine n'est pas constante et peut manquer dans les cas où l'éruption tégumentaire est peu marquée. C'est donc une erreur de croire que la scarlatine est une affection essentiellement angineuse. Les amygdales ont l'aspect de grosses framboises ou bien se recouvrent d'un enduit pultacé ou pseudo-membraneux. Les fausses membranes qui se montrent souvent dans le cours de la scarlatine se montrent dès son début là où il y a inflammation, c'est-à-dire sur les amygdales; de là l'importance clinique de ce caractère au point de vue du diagnostic.

Le croup scarlatineux n'existe pas, et les fausses membranes de la scarlatine sont dues à une superposition de l'intoxication diphthéritique à l'empoisonnement scarlatineux.

Par conséquent, on peut dire avec Trousseau et Graves que la scarlatine n'aime pas le larynx.

L'angine est prodromique; on admet qu'elle se montre de la sixième à la trente-sixième heure avant l'éruption, cela n'est pas exact; elle peut précéder l'éruption de trois jours, et même quelquefois lui être consécutive et se manifester plusieurs heures après elle. Enfin il existe des cas de scarlatine fruste dans lesquels la maladie se borne à l'angine, et alors, en général, cette angine est des plus intenses et est suivie d'une desquamation cutanée d'autant plus remarquable que la peau paraissait indemne (*France médicale*, 1er septembre 1881).

Ch. E.

*De la rétention d'urine au début de la grossesse*, par M. Broussin, interne des hôpitaux. — L'existence de la rétention d'urine peut causer des erreurs ou du moins produire une certaine hésitation dans le diagnostic du début de la grossesse. En général, elle survient du troisième au quatrième mois, suivant les observations des auteurs et les trois faits publiés par M. Broussin; un effort, des fatigues prolongées précèdent en général son apparition. La rétention peut d'ailleurs être complète ou incomplète, donner lieu à la miction par regorgement, et faire croire à l'incontinence, causer des altérations de l'état général, de la constipation, de l'anasarque, des accidents urémiques. La cystite, et, dans quelques cas, la gangrène de la vessie en ont été les résultats.

La rapidité du développement du ventre a une grande valeur pour le diagnostic, parce qu'elle est presque caractéristique de cette affection.

Chez deux malades, l'utérus était en rétroversion et le col comprimait l'urèthre contre le pubis. Dans d'autres cas, la rétention était de cause nerveuse, chez les hystériques par exemple, ou d'origine congestive, comme chez la troisième malade dont l'utérus n'était pas déplacé, mais qui s'était livrée à de violentes fatigues. Le cathétérisme est le moyen de faire disparaître de suite la tumeur, par conséquent on ne doit pas négliger de le pratiquer dans les cas douteux, comme moyen de diagnostic, et, chez toutes les malades, comme méthode de traitement (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1881, p. 287). — Ch. E.

*Étude sur l'hémorrhagie primitive, immédiate et directe dans les ventricules cérébraux*, par le docteur Sanders (de New-York). — L'auteur s'étonne que l'étude de l'hémorrhagie interventriculaire n'ait pas été faite, et que dans les ouvrages on se borne à la mentionner et à la considérer comme une maladie très rare, mal caractérisée et dont le diagnostic serait impossible. Bien au contraire, cette affection serait des plus fréquentes dans les âges extrêmes de la vie.

Les observations sur lesquelles s'appuie le docteur Sanders sont au nombre de 94. Cette maladie est plus commune dans la première année de la vie et de 50 à 70 ans; tandis que l'hémorrhagie cérébrale se rencontre le plus souvent entre 40 et 60 ans. La goutte, l'alcoolisme, la syphilis, en sont les causes prédisposantes.

L'hémorrhagie se produit le plus souvent dans les ventricules latéraux et surtout dans le ventricule gauche. Le début des accidents est habituellement rapide et subit, mais quelquefois il existe une période prodromique. Le coma est de suite profond, les convulsions et la contracture fréquentes, la paralysie manque souvent, et dans les cas où elle existe, elle est complète ou partielle. La mort survient rapidement. Aussi la plupart des cas qu'on désigne sous le nom d'apoplexie foudroyante sont des hémorrhagies primitives intra-ventriculaires.

Les hémorrhagies secondaires sont plus communes chez les adultes, et, en général, elles sont précédées par des symptômes d'hémorrhagie cérébrale.

On doit encore les distinguer des hémorrhagies méningées et des abcès ouverts dans les ventricules. Enfin le pronostic est fatal et le malade succombe rapidement.

Dans les 94 observations, le décès a été la terminaison dans 70 cas. Sur une statistique de 100 décès, la mort survint pour 67 malades dans moins de vingt-quatre heures. Dans les cas

où le malade succomba le cinquième ou le sixième jour, le décès était dû à une cause secondaire, soit à une inflammation des méninges de la surface ou des ventricules, soit à une hémorrhagie secondaire. Dans 3 cas qui se terminèrent par la guérison, l'hémorrhagie s'était produite dans un seul ventricule; deux fois dans un ventricule latéral et la troisième fois dans le ventricule moyen. Ce mémoire est important par le nombre des observations et des citations, et par les tableaux qui l'accompagnent (*The American Journ. of the med. sciences*, juillet 1881, p. 85). — Ch. E.

*Observation de paramétrite, avec des abcès à distance* (*remote abscess*), par le docteur M. Duncan, médecin de St Bartholomew's Hospital. — La malade, jeune femme de 26 ans, étaita ccouchée trois mois auparavant, de son deuxième enfant. A la suite de fatigues et d'un refroidissement, elle ressentit, huit jours après cet accouchement, une douleur dans le côté gauche de l'abdomen, de la gêne dans le membre inférieur gauche, de la diarrhée et des sueurs nocturnes.

Le 27 avril, jour de son admission à l'hôpital, on éprouve par la palpation de la fosse iliaque gauche, la sensation de fluctuation et de plénitude; de plus, la région lombaire est douloureuse, et il existe une élévation remarquable de la température générale..

Le 8 mai, sur la face externe de la cuisse gauche, on sent de la fluctuation, et, par le toucher vaginal, on constate la mobilité de l'utérus et l'existence de l'induration et d'une tuméfaction des tissus vers le trou ovale. Il est impossible d'établir aucune connexion entre cette tumeur et celle de la cuisse. L'abcès crural est ouvert et pansé par la méthode antiseptique.

Le 31 mai, dans l'aine gauche et sous l'arcade crurale, on observe une tumeur, en même temps que par le toucher on constate la fixité de l'utérus et sa flexion vers le côté gauche. Les jours suivants, la tumeur inguinale se limite et devient fluctuante. Elle est incisée le 21 juin. Huit jours après, la guérison était complète et la malade quittait l'hôpital.

Cette observation est remarquable : 1° par la coïncidence des deux abcès de la cuisse et de l'aine, indépendants l'un de l'autre; 2° par la déviation devenue permanente du col de l'utérus à la suite du phlegmon du petit bassin; 3° par la guérison complète sans autre traitement que le repos et un régime tonique. Le docteur Duncan donne aux abcès de cette nature le nom d'*abscess remote*, c'est-à-dire d'abcès lointains. (*The med. Press and Circular*, 31 août 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

### Lotions contre la fièvre typhoïde. — Laveran.

| | |
|---|---|
| Créosote . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 5 grammes. |
| Eau. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 500 — |

Mêlez en agitant. — On imbibe des compresses du mélange et on les applique sur le ventre, dans le cas de fièvre typhoïde. — N. G.

## COURRIER

Mort de Bouillaud. — L'illustre vieillard vient de s'éteindre à l'âge de 86 ans. Nous ne pouvons aujourd'hui que mentionner l'évènement; toute la presse médicale tiendra certainement à rendre un dernier hommage à ce nom vénéré; d'avance, nous nous associons aux éloges qui vont être de nouveau prodigués à ce maître éminent, aux mérites incontestés de son œuvre, à l'élévation de ses idées, à la droiture de son caractère.

Assistance publique. — *Le service des secours.* — L'année dernière, le conseil municipal avait émis le vœu que les secours individuels et les secours aux ménages chargés d'enfants, délivrés jusqu'ici par l'administration centrale de l'Assistance publique, fussent distribués par les bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris. Cette mesure va être mise à exécution au commencement de l'année prochaine. En effet, dans le budget de 1882 soumis au préfet par le directeur de l'Assistance publique, les secours individuels figurent au nombre des allocations aux bureaux de bienfaisance et c'est par eux que la distribution sera faite. Placés au centre de la population, ils paraissent plus aptes que le chef-lieu à connaître la situation des nécessiteux, à apprécier leurs demandes, à leur donner la suite qu'elles comportent, en un mot à leur venir en aide plus promptement et plus efficacement.

Cette décentralisation aura de plus l'avantage d'éviter autant que possible les retards tou-

jours préjudiciables aux intérêts des pauvres et de couper court à l'abus des doubles demandes de secours aux mairies et à l'administration centrale.

*Le service des traitements externes* est organisé dans quelques établissements hospitaliers spéciaux, à Laënnec, à Saint-Louis, à la Salpêtrière, et dans quelques établissements généraux, à l'Hôtel-Dieu et à Lariboisière, pour des affections déterminées (maladies des yeux, du larynx, etc.).

Il va être organisé dans les deux hôpitaux d'enfants, Enfants-Malades et Trousseau, dès que la liste des médicaments à délivrer aux malades aura été arrêtée.

Il sera successivement développé, notamment à l'hôpital Bichat, dès l'ouverture de cet établissement.

Laboratoire de zoologie marine de Banyuls-sur-Mer. — Le laboratoire sera assis sur les rochers formant le prolongement naturel du môle, à l'extrémité de la plage du Fontaulé; il sera garanti contre la lame par un quai de 3 mètres de largeur et de 2 m. 30 de hauteur au-dessus du niveau moyen de la mer. Le bâtiment aura 25 mètres de façade, 9 mètres de profondeur, un rez-de-chaussée de 4 m. 60 de hauteur et un premier étage de 3 m. 50 surmonté de combles. La salle du rez-de-chaussée, largement éclairée par 15 ouvertures : 6 fenêtres sur chaque façade, 2 fenêtres latérales et l'imposte vitrée de la grande porte d'entrée mesurera 23 mètres de longueur sur 8 m. 90 de largeur. Un bassin ellipsoïde avec jet d'eau sera installé au milieu de cette pièce. Le premier étage contiendra huit cabinets de travail, le laboratoire et le cabinet du directeur, une grande salle de démonstration, la bibliothèque et le magasin de verrerie. L'eau de mer élevée par une pompe à vapeur sera emmagasinée dans une cuve en maçonnerie d'où elle sera conduite dans les laboratoires et le bassin intérieur.

Le laboratoire doit être complètement installé en janvier 1882. Son personnel se composera d'un préparateur, d'un gardien et de trois marins. M. de Lacaze-Duthiers projette d'éclairer l'aquarium par la lumière électrique. Il utilisera la machine à vapeur pour produire l'électricité. Cet éclairage n'a pas encore été appliqué aux aquariums. Nul doute qu'il ne produise des effets saisissants.

La perspective de l'inauguration prochaine du laboratoire de Banyuls a été pour beaucoup dans le succès croissant de celui de Roscoff dont il est une annexe. Durant la saison d'hiver, sous le climat le plus doux, sous le ciel le plus lumineux de toute la France, il permettra de généraliser sur les animaux de la Méditerranée les recherches commencées sur ceux de l'Océan. Les deux stations sœurs concourront alors simultanément vers le même but.

La ville de Banyuls s'est imposé les plus lourds sacrifices pour la création de son laboratoire. Administration municipale, simples particuliers, tous à l'envi se sont empressés de coopérer à la réalisation de cette œuvre dont l'unique objectif est le progrès de la science. On est heureux de constater un résultat aussi remarquable dans une région isolée à l'extrémité de la France et éloignée de tout centre scientifique. C'est un noble exemple d'élan intellectuel que bien d'autres localités ne seraient pas susceptibles d'imiter.

Écoles nationales vétérinaires. — Le Président de la République vient de signer un décret portant réorganisation du service des écoles nationales vétérinaires. Un certain nombre d'améliorations ont été introduites dans ces écoles. Le cadre de l'enseignement, par exemple, a été élargi et mis en rapport avec l'état actuel de la science. Le nombre des bourses a été considérablement augmenté. On en comptera à l'avenir soixante pour les élèves militaires; pour les élèves civils, le nombre est de soixante-dix bourses entières et de cent quarante demi-bourses.

Ajoutons que dorénavant ces bourses ne seront plus, comme par le passé, concédées après un an de séjour à l'école et d'après l'ordre de classement, mais attribuées dès l'entrée aux élèves dont les familles ne pourront payer la pension. Cela n'empêchera pas, bien entendu, l'administration de tenir compte du classement, afin que les sacrifices de l'État ne se portent que sur les sujets de mérite.

D'ailleurs ces bourses ne seront données que pour un an et ne pourront être maintenues qu'autant que le sujet en sera toujours digne. Le décret améliore aussi le traitement du personnel et surtout celui des petits employés; il introduit enfin dans cette institution un certain nombre de réformes destinées à placer les écoles vétérinaires sur le même plan que nos grandes écoles techniques.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques le vendredi 4 novembre, à 9 heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure (*salle Saint-Jean*).

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## NOTE SUR LA DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOIDE DU REIN, SANS ALBUMINURIE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 juin 1881 (1),

Par I. Straus,

Agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon.

En résumé, on voit qu'il s'agit, dans ce cas, d'une pleurésie purulente d'une durée de plus d'un an, compliquée de tuberculose pulmonaire : double condition (suppuration chronique et tuberculose) éminemment apte à engendrer la dégénérescence amyloïde. Et, en effet, à l'œil nu, et par la simple réaction iodique, il fut aisé de constater la dégénérescence amyloïde de la rate, du foie, et même d'une région bien délimitée (région intermédiaire) du rein. La particularité remarquable de notre observation, et qui la rapproche tout à fait des observations de Litten, c'est précisément l'*absence d'albuminurie* constatée d'une façon décisive pendant la vie et, d'autre part, l'existence de dégénérescence amyloïde, non-seulement de la rate et du foie, mais encore du rein.

L'examen microscopique des organes, et surtout l'étude de la répartition de l'altération amyloïde faite à l'aide du réactif de M. Cornil (violet de méthylaniline), a fourni des résultats instructifs et propres à nous éclairer sur la coexistence de ces deux phénomènes en apparence paradoxaux, à savoir : l'altération amyloïde du rein et l'absence d'albuminurie. Voici les résultats de cet examen :

*Examen histologique.* — L'aspect de la *rate*, à l'œil nu déjà (rate sagou), et sans l'intervention du réactif iodé ou anilique, suffisait amplement pour reconnaître la dégénérescence amyloïde type de cet organe. Sur des coupes, colorées par le violet de Paris, les corpuscules de Malpighi, dans leur totalité, se détachent en blocs rouge rosé sur le fond violet du reste du viscère.

Les coupes du *foie*, traitées par le violet, permettent de reconnaître l'altération amyloïde, beaucoup moins avancée (comme cela est la règle) que sur la rate, mais bien nette. L'altération porte, d'une façon disséminée et discrète, sur un certain nombre de rameaux intra-lobulaires et péri-lobulaires de l'artère hépatique et de la

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 27 et 29 octobre.

# FEUILLETON

## MALADES ET MÉDECINS MILITAIRES.

On ne peut que s'associer aux propositions émises par le rédacteur anonyme de l'Union Médicale (n° 139 du 8 octobre dernier, page 577) au sujet de l'appel sous les drapeaux des médecins aides-majors de réserve. Il ne s'agit, bien entendu, que d'appels temporaires et de périodes d'instruction en tout semblables à celles pour lesquelles sont convoqués les officiers et les troupes de réserve; il ne peut être question de la convocation des médecins de réserve pour un service ni d'une autre nature, ni d'une plus longue durée, convocation que rien ne justifierait en ce moment, et que n'avait point en vue certaine circulaire dont la plupart des journaux ont faussé et forcé le sens, alors qu'elle ne visait nullement l'envoi de médecins civils dans les corps expéditionnaires d'Afrique, mais seulement leur concours pour le service de quelques garnisons de l'intérieur.

Nous ne voulons traiter, dans cet article, aucune des questions ni médicales ni militaires afférentes aux événements actuels, mais seulement poser le principe de la nécessité de quelques apparitions dans l'armée pour les médecins de réserve. Cette mesure n'a jamais été appliquée depuis la nouvelle organisation de l'armée, et le très nombreux personnel des médecins de réserve, dont nous voyons tous les jours s'allonger la liste, arrivera ainsi au moment d'une mobilisation sans aucun apprentissage de ses obligations, étranger à la vie et aux règlements militaires, sans aucun frottement à ce milieu spécial, et, ce qui est plus grave, sans aucune connaissance pratique des conditions médicales dans lesquelles s'exerce la mé-

veine porte, et en outre sur des groupes de cellules hépatiques irrégulièrement disséminées dans le lobule, et surtout à sa périphérie. Par places, la veine centrale du lobule est prise et sa paroi colorée en rouge. Les cellules hépatiques épargnées par l'altération amyloïde, sauf un minime degré de stéatose, sont intactes.

Les *villosités intestinales* et les vaisseaux de la muqueuse se colorent aussi en rouge rubis intense par le réactif anilique.

Des coupes fines du *cœur*, traitées de la même façon, montrent par places une coloration rouge rubis de quelques vaisseaux. Les artérioles cardiaques sont donc envahies à leur tour.

Mais c'est surtout l'examen des *reins* qui a donné des résultats intéressants :

Dans la substance corticale, presque tous les glomérules sont atteints de dégénérescence, et ils ne le sont pas dans leur totalité : on ne voit colorées en rouge que quelques anses vasculaires des glomérules, la plupart des autres anses demeurant intactes, d'où un aspect tacheté de rouge des glomérules. Quelques artérioles interlobulaires, et surtout un certain nombre d'artères afférentes des glomérules, sont également teintées en rouge. Les capillaires intertubulaires, la membrane propre des canalicules, les capsules des glomérules, les cellules épithéliales des tubuli contorti ne présentent aucune trace d'infiltration amyloïde.

Dans la substance médullaire et dans la zone intermédiaire (Grenzschicht), l'altération amyloïde des vaisseaux est incomparablement plus prononcée que dans l'écorce. Elle porte exclusivement sur les vaisseaux qui partent des arcades artérielles de la zone intermédiaire et chem nent, d'une façon rectiligne, en faisceaux serrés, interposés entre les faisceaux des canaux collecteurs. Cette disposition devient surtout très manifeste sur des coupes perpendiculaires à l'axe des pyramides où les vaisseaux, coupés en travers et colorés en rouge, alternent de la façon la plus élégante avec les tubes droits colorés en bleu.

La distribution de la dégénérescence amyloïde dans le rein, dans le fait qui m'est personnel, est, on le voit, à peu près identique à celle que Litten a constatée dans ses observations II, III et IV : absence de toute lésion accusée, tant parenchymateuse qu'interstitielle, du tissu rénal ; altération amyloïde minime des vaisseaux glomérulaires ; altération beaucoup plus intense des *vasa recta*.

### III

Les altérations anatomiques que nous avons constatées dans notre cas, et celles

---

decine militaire. On peut s'étonner que parmi les différents services ayant à fonctionner dans l'armée de réserve, il en soit au moins un, le service médical, qui n'ait été jusqu'ici l'objet d'aucune préparation en vue de cette grande œuvre de la mobilisation, le *consensus* de tous les efforts, de toutes les prévisions et de pas mal d'inquiétudes dans notre organisation militaire actuelle.

Il est facile de s'imaginer les motifs de cette omission; c'est d'abord le désir de laisser les médecins à la disposition de leur clientèle, et les malades en possession de leurs médecins, nécessité majeure et éminemment respectable, mais avec laquelle il se trouverait sans doute des accommodements, comme il s'en trouve chaque fois qu'un praticien éprouve le besoin de s'absenter de sa résidence; c'est ensuite cette idée admise que le médecin civil n'a rien à apprendre pour passer du jour au lendemain médecin militaire, et que, malades pour malades, ce sont toujours des malades et qu'il soignera aussi bien les militaires que les civils. C'est là l'erreur, c'est là le point capital auquel je veux m'attacher spécialement, laissant de côté la question des règlements, pour démontrer que le médecin civil abordera un terrain tout nouveau, et risquera de se trouver complètement dépaysé, si les circonstances l'appellent à endosser son uniforme de médecin de réserve sans initiation préalable.

Non, les malades militaires ne sont en rien comparables à ceux d'une clientèle civile, ils ne deviennent point malades pour les mêmes causes, et ne le sont point de la même façon. Et d'abord, le soldat qui vient à la visite réclamer les soins ou les bons offices de son médecin n'est pas toujours malade, tant s'en faut; très souvent il n'est qu'indisposé ou seulement fatigué, fatigue inséparable de la vie militaire, surtout à ses débuts. Mais alors le soldat, dans la crainte de manquer son but, ne se borne pas à accuser seulement du malaise ou de la fatigue; il se dit malade et se plaint de quelque symptôme comme de mal à la tête, au ventre

qui sont consignées dans les observations de Litten, sont-elles de nature à fournir une explication satisfaisante de l'*absence d'albuminurie*, si frappante dans ces cas? Tel est maintenant le point qu'il nous faut élucider.

La première explication qui se présente, c'est l'intégrité presque absolue du tissu rénal, l'absence de néphrite tant parenchymateuse qu'interstitielle. Alors nous retomberions dans l'hypothèse de Grainger Stewart et de M. Lécorché, à savoir : que l'albuminurie, dans le rein amyloïde, est toujours liée à une lésion concomitante, épithéliale ou conjonctive, du parenchyme rénal.

Cette manière de voir n'est décidément pas soutenable ; elle est réfutée par les faits bien observés de Traube, de Cohnheim, entre autres, qui ont noté l'albuminurie dans des cas de rein amyloïde *sans néphrite concomitante*. D'autre part, il est aujourd'hui de notion vulgaire que des lésions épithéliales et interstitielles très profondes du rein peuvent exister sans s'accompagner d'albuminurie; témoin la stéatose rénale énorme de l'intoxication phosphorée aiguë ou de l'anémie pernicieuse.

Du reste, l'opinion classique (1) d'après laquelle l'albumine passe dans les urines, principalement au niveau du glomérule, a trouvé dans les récentes recherches histologiques portant sur ce point spécial une confirmation presque absolue. M. Cornil, dans son intéressant mémoire sur la néphrite expérimentale cantharidienne (2), Ribert (3), Posner (4) et plus récemment le professeur J. Renaut (5), sont tous arrivés, par des méthodes différentes et dans des cas de néphrite d'ordre le plus divers, à saisir pour ainsi dire le passage de l'albumine au niveau du glomérule; grâce aux différents procédés de durcissement auxquels ces histologistes ont

(1) Voyez, à ce sujet, Jaccoud, art. *Albuminurie* du Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques; Gubler, art. *Albuminurie* du Dictionn. encyclop.

(2) *Journal de l'anat. et de la physiol.*, 1879.

(3) *Nephritis und Albuminurie — Pathologisch-anatomische Untersuchung*. Bonn, 1881.

(4) Studien über pathologische Exsudatbildungen (*Virchow's Arch.*, 1880, t. LXXIX, p. 111), et *Centralblatt f. med. Wissensch.*, 1879, n° 29).

(5) Observation pour servir à l'histoire de la néphrite et de l'éclampsie typhoïdes (*Archives de physiol.*, 1881, p. 115). « La production du liquide albumineux par le bouquet glomérulaire, dit Renaut, son accumulation dans la capsule de Bowman, sont des faits positivement constatés; sur mes préparations, ils prennent même le caractère d'une démonstration grossière. »

---

ou à l'estomac, le mal d'estomac surtout, la souffrance de cet organe étant l'atteinte la plus grave que le soldat puisse concevoir, et la plus capable, selon lui, de frapper l'esprit du médecin. Notons bien que ces symptômes ne sont pas toujours imaginés pour les besoins de la cause; je les crois très réels dans la plupart des cas, mais je sais aussi qu'ils ne dénotent point de maladie proprement dite, et trahissent seulement un peu de fatigue et d'épuisement, tout comme les malaises et les douleurs vagues, propres à la période de croissance chez les enfants et les adolescents, avec lesquels le soldat offre tant d'analogies morbides bien connues. Telle est la nuance à saisir, nuance familière au médecin militaire, à laquelle se trompera bien souvent le médecin civil; habitué à voir des malades plus sérieux, il cherchera la maladie, la soupçonnera faute de la constater, et prescrira des remèdes, comme il ne saurait y manquer auprès de chacun de ses clients, sous peine de perdre leur confiance; tandis que pour le soldat, un peu de repos et l'expectation la moins armée suffit à bien des guérisons.

Ce sera bien autre chose s'il se glisse un peu de paresse ou de mauvaise volonté sous ces apparences de maladie; le tableau alors en sera plus sombre, les symptômes plus nombreux et surtout plus persistants, et le médecin militaire de circonstance prendra fatalement au sérieux ce que l'habitude du milieu lui permettrait de ramener à de justes proportions, sans dépense de médicaments qui coûtent cher à l'État, sans diminution des hommes valides dont la présence est nécessaire dans le rang. Voilà donc un premier aspect, le plus simple et le plus fréquent, de la médecine du soldat; il faut le connaître, il faut que le médecin apporte la note juste dans le maniement de cette catégorie de malades, ce qui ne peut être que par l'habitude et par un apprentissage qui ne se fait pas en un jour.

Pour les vrais malades qui exigent une décision plus prompte et une intervention plus active, il faut encore un coup d'œil et des éléments d'appréciation que le médecin n'acquiert

eu recours (acide osmique, coction dans l'eau bouillante, durcissement par l'alcool absolu) le passage de l'albumine (dans les néphrites avec albuminurie) s'accuse très nettement dans l'espace qui sépare le bouquet glomérulaire de la capsule, sous la forme d'un croissant ou d'une lunule d'albumine coagulée. Rappelons aussi les recherches expérimentales si curieuses de M. Nussbaum (1) sur la grenouille, animal chez lequel l'artère rénale seule fournit au bouquet glomérulaire, tandis que les capillaires intercanaliculaires proviennent d'une sorte de veine-porte rénale : recherches qui tendent aussi à démontrer que c'est dans le glomérule que s'effectue le passage de l'albumine dans l'urine.

Ce point de physiologie pathologique une fois établi, l'albuminurie dans les faits de Litten aussi bien que dans le mien s'explique aisément : *il tient à l'intégrité relative des vaisseaux glomérulaires*, infiniment moins atteints, dans ces cas, par la dégénérescence amyloïde que les *vasa recta* de la substance médullaire. L'altération des vaisseaux glomérulaires n'est pas, dans ces cas, assez profonde pour entraîner à sa suite la filtration de l'albumine.

Un cas cependant semble faire exception à l'explication que nous proposons, c'est l'observation I de M. Litten dans laquelle il est noté « qu'un grand nombre de glomérules sont dégénérés ; la dégénérescence porte sur la *totalité* du bouquet glomérulaire qui est transformé en une masse homogène vitreuse. Mais il n'existe pas de glomérules partiellement atteints ; ceux qui ne sont pas envahis par la dégénérescence amyloïde paraissent tout à fait sains. »

Dans toutes les autopsies qu'il relate, M. Litten avait eu soin de réserver intact un des reins du sujet et de le soumettre à une injection pénétrante de gélatine colorée par le bleu de Prusse, afin de s'assurer du plus ou moins de degré de perméabilité des vaisseaux dégénérés. Or, sur les coupes microscopiques du rein ainsi injecté de l'observation I, il constata l'imperméabilité absolue (se traduisant par l'absence de coloration par le bleu de Prusse) des glomérules amyloïdes, alors au contraire que les glomérules sains se montraient parfaitement injectés. S'il est permis, dit M. Litten, de conclure des résultats de l'injection à ce qui se passe dans la circulation rénale à l'état vivant, il est plausible que, dans ce cas, les glomérules dégénérés ne recevaient plus de sang, à cause de l'imperméabilité des artères, tandis que la circulation s'effectuait librement dans les glomérules demeurés sains.

(1) Ueber die Secretion der Niere. (*Pflüger's. Arch.*, t. XVI, 1878, p. 139.)

---

pas dans la clientèle civile. Transporté brusquement dans le milieu militaire, il va se trouver en présence de formes morbides qui ont leur étiologie, leurs symptômes et leur évolution, et sur lesquelles la lumière ne se fera pas du premier coup; il lui faudra du temps et des tâtonnements avant de trouver le fil conducteur; les maladies du soldat ont leur physionomie, cela n'est plus à démontrer; pour le médecin civil non exercé, ce seront des visages inconnus. Il y a, dans la morbidité du soldat, ce que j'appellerais volontiers des *habitudes pathologiques* dont le médecin doit avoir la clef, comme d'un langage particulier. Cette empreinte spéciale aux maladies de nos soldats résulte de leur âge, qui est intermédiaire à la croissance proprement dite et au développement physique complet ; de la multiplicité des aptitudes morbides inhérentes à cet âge ; de la multiplicité des influences ou modificateurs qui agissent journellement pour éveiller ou provoquer ces aptitudes; à ces causes générales, il faut ajouter les variations résultant de l'influence des saisons, des localités, et enfin des circonstances épidémiques. Une épidémie d'oreillons ou d'héméralopie pourra dérouter les plus habiles, comme choses entièrement nouvelles pour eux. Les débuts d'une épidémie de fièvre typhoïde impriment à toute la pathologie d'un régiment des traits caractéristiques qui échappent ailleurs, parce qu'ailleurs on n'a pas, rassemblés en un groupe compacte, des sujets identiques entre eux et relevant des mêmes causes morbigènes. Le développement prochain de la scarlatine se révélera par une poussée d'angines, d'allures très spéciales, qui persisteront encore longtemps après que le gros de l'épidémie sera passé ; si c'est la rougeole qui est dans l'air, les bronchites surgiront en nombre et d'une gravité insolites ; pendant la saison chaude, quelques cas de diarrhée avec des crampes fugaces dans les mollets devront être tenus pour le prélude possible du *choléra nostras*, pouvant éclater inopinément en cas mortels. Quant à la grande moissonneuse de l'armée, la tuberculose, la connaissance exacte et rapide de ses débuts insi-

Les glomérules transformés en blocs imperméables au courant sanguin avaient donc, pour ainsi dire, cessé d'exister en tant que glomérules, et ne pouvaient par conséquent point laisser filtrer de l'albumine dans les urines. L'absence d'albuminurie dans ce cas s'expliquerait donc assez naturellement, quoique d'une façon en apparence paradoxale, par l'intensité même de la lésion des glomérules atteints de dégénérescence, et par l'intégrité complète des glomérules épargnés.

On sait que les nouvelles et intéressantes recherches expérimentales de Runeberg ont pour ainsi dire renversé toutes les idées reçues sur la pathogénie de la filtration de l'albumine dans les urines. Jusque dans ces derniers temps, on s'accordait universellement à considérer l'*augmentation* de pression sanguine dans le glomérule (soit par excès de tension artérielle, soit par suite de la stase veineuse) comme un des facteurs essentiels de l'albuminurie.

Runeberg, par des expériences qui ne sont pas toutes, il est vrai, décisives, mais qui n'ont pas encore été sérieusement réfutées, ramène au contraire le fait de l'albuminurie rénale à la *diminution* de la pression et au ralentissement de la vitesse du sang dans les glomérules (1). Ces vues nouvelles sur le mécanisme de l'albuminurie en général peuvent s'appliquer commodément à l'albuminurie de la dégénérescence amyloïde du rein; la dégénérescence des vaisseaux glomérulaires, la diminution de tension et le ralentissement de la circulation du sang que cette dégénérescence entraîne à sa suite, sont des conditions qui, si l'on se place au point de vue de la théorie de Runeberg, sont éminemment aptes à engendrer l'albuminurie. Si ce symptôme a manqué dans les cas dont il est question ici, c'est que la lésion glomérulaire était trop peu accusée.

*Conclusions :* Les conclusions que nous tirerons de ce travail sont les suivantes :

1° Dans certains cas de dégénérescence amyloïde des reins, l'albuminurie peut faire défaut *constamment* et jusqu'à la mort.

2° L'absence d'albuminurie tient d'une part à l'absence de lésion profonde (interstitielle ou épithéliale) du rein et, d'autre part, à une localisation spéciale de

(1) Runeberg. *Arch. der Heilkunde.* Bd. XVIII, p. I, et *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* Bd. XXIII, p. 41 et 225. On trouvera l'analyse des recherches de Runeberg dans une savante revue critique de Lépine (*Revue mensuelle*, 1880, n°s 3 et 4), et dans les leçons récentes de M. le professeur Charcot (*Progrès médical*, 1881, n°s 12 et 19).

---

dieux chez le soldat, est aussi importante pour ses malheureuses victimes que délicate et intéressante pour le médecin. Je ne veux pas multiplier outre mesure ces exemples, dont le choix serait considérable; il importe seulement d'en dégager cette conclusion que, dans le milieu militaire, la pathologie a ses façons d'être, qui peuvent devenir une source de méprises pour les plus éclairés, quand il leur faudra mettre *ex abrupto* la main à la pâte.

Nos salles d'hôpital ont aussi leur population à part, et ne ressemblent pas aux services de médecine et de chirurgie d'un hôpital quelconque. Malgré l'épuration qui se fait entre les malades par le fait même de leur admission à l'hôpital, n'y laissant pénétrer que les plus gravement atteints, la même physionomie subsiste telle que nous l'esquissions plus haut dans quelques-uns de ses traits essentiels. Certaines formes d'anémie, spéciales aux organismes inachevés, comme l'est celui du soldat; des troubles complexes de la respiration et de la circulation, se traduisant par des palpitations cardiaques et un emphysème bâtard; toutes les sortes de bronchite, parmi lesquelles il s'agit encore de dégager les tuberculoses de l'avenir; il y a loin de ces états un peu effacés, d'une analyse presque subtile, aux *grands malades* aigus ou chroniques des services civils, chez qui les éléments du diagnostic sont souvent aussi fournis que sont minimes les ressources thérapeutiques.

Abandonnons les conditions sédentaires de la vie de garnison, et supposons un instant le médecin aux prises avec un service plus actif. Sans parler d'une véritable entrée en campagne, envisageons seulement des troupes en marche pour un simulacre de guerre, comme sont chaque année les grandes manœuvres. C'est par ces marches que tout médecin appelé sous les drapeaux commencera sa besogne, et là surgiront pour lui l'imprévu et les difficultés bien plus que dans le service de garnison. C'est là qu'il lui faudra développer à un même degré non-seulement des qualités médicales, mais aussi des qualités militaires, indispensables

la dégénérescence amyloïde; celle-ci, dans ces cas, porte surtout sur les *vasa recta* de la substance médullaire, et frappe d'une façon moins intense les vaisseaux glomérulaires.

3° Au point de vue clinique, si chez un phthisique, un syphilitique invétéré, un sujet atteint de suppuration osseuse chronique, etc., on constate de l'augmentation de volume de la rate, du foie, mais *sans albuminurie*, on n'est pas autorisé pour ce motif à rejeter l'idée d'une dégénérescence amyloïde des viscères ni même à nier absolument la dégénérescence amyloïde des reins.

4° Les auteurs qui font dater le début de la dégénérescence amyloïde dans l'économie du moment où l'on constate la présence de l'albumine dans les urines (1), commettent une double erreur : *a.* parce que la dégénérescence amyloïde est loin de commencer toujours par envahir le rein; c'est au contraire la rate et le foie qui habituellement sont pris les premiers; *b.* parce que le rein lui-même peut être frappé de dégénérescence amyloïde, sans qu'il y ait albuminurie. Il faut donc se méfier des calculs d'après lesquels on a cherché à fixer la durée possible de la vie chez les sujets atteints de cachexie amyloïde, en faisant dater celle-ci du moment de l'apparition de l'albuminurie.

(1) C'est ce qu'a fait encore récemment un médecin norwègien très distingué, M. E. Bull, dans un travail intitulé : *Considérations sur la dégénération amyloïde, spécialement sur sa durée et sur ses relations avec la rétinite de Bright* (*Nordiskt medicinískt Arkiv,* 1878-1879; analysé in *Revue mensuelle,* 1880, p. 258). M. Bull admet que les reins sont pris dès qu'il y a dégénération amyloïde; et, faute de signes qui puissent fournir un meilleur point de départ, il regarde le début de l'albuminurie comme l'indice du début de la dégénérescence. Il arrive ainsi à fixer à la dégénérescence amyloïde une durée inférieure, dans la règle, à une année. — Cette durée est évidemment trop courte.

## BIBLIOTHÈQUE

**RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES TRAVAUX DU CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE** depuis 1872 jusqu'à 1877 inclusivement, par M.-J. Bezançon, chef de bureau à la préfecture de police, membre et secrétaire du Conseil. Paris, Chaix (1880-81).

Le livre dont il est ici question comprend presque 1,000 pages in-4°, et embrasse d'une manière complète tous les travaux, rapports, expertises, analyses, etc., du Conseil d'hygiène,

à l'exécution régulière de son service. Discerner dans les rangs les constitutions faibles, les organismes trop peu résistants, qui ne supporteraient pas la marche et les fatigues, et imposer qu'ils soient laissés en arrière; contenir les demandes d'exemption non justifiées, les défaillances passagères qu'une trop grande complaisance développerait comme une traînée de poudre pour joncher les routes de traînards aux premiers kilomètres; et, d'autre part, veiller attentivement aux accidents réels et tout à fait spéciaux qu'engendre la marche chez le soldat, et dont l'ignorance peut aggraver l'issue jusqu'à une terminaison fatale; ce rôle du médecin militaire pendant les marches constitue une partie importante de sa tâche, même en temps de guerre, et les connaissances nécessaires pour y faire face ne s'improvisent pas; elles seules justifieraient la préparation que l'on n'a point imposée jusqu'ici aux médecins de réserve, et les grandes manœuvres annuelles constitueraient pour cela une excellente école.

En résumé, bien loin que la médecine militaire soit accessible à l'improviste au premier venu, comme on le pense généralement, c'est au contraire une *spécialité* qu'il faut apprendre et où il faut s'exercer, comme dans toutes les spécialités. C'est le seul point que je veuille dégager de cette étude très rapide. La seule manière d'alléger la tâche des médecins appartenant à l'armée en temps de mobilisation, c'est de leur demander à l'avance quelques déplacements auxquels on les trouvera tout disposés; c'est de leur faire connaître le *milieu militaire,* afin que tout n'y soit pas nouveau pour eux, surtout au point de vue médical, le jour où leur dévouement et leurs services seraient mis à contribution; à défaut de ce léger apprentissage, leur dévouement risque de rester stérile, leurs services pénibles pour eux-mêmes et moins fructueux pour le bien général.

Lubanski.

pendant une période de cinq années. L'analyse et le classement de cette accumulation de documents aussi importants que nombreux a dû imposer à M. Bezançon une dépense de travail, de patience et de persévérance, dont tous ceux qui écriront sur l'hygiène lui devront une vive reconnaissance.

Cet ouvrage, en effet, renferme dans un ordre méthodique, des études complètes et même de véritables monographies sur les questions les plus diverses relatives soit à l'hygiène publique (alimentation, — maladies professionnelles, — maladies contagieuses, — épidémies, — épizooties, secours publics, — causes d'insalubrité, telles que cimetières, cours d'eau, égouts, etc.), soit aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes. Un livre d'une telle importance, dans lequel se trouve le résumé de 2,771 rapports présentés au Conseil d'hygiène et de plus des analyses des travaux des commissions d'hygiène instituées dans chacun des arrondissements municipaux de Paris, ne saurait être examiné dans l'espace de quelques lignes. Il est cependant un chapitre qui intéresse plus spécialement les cliniciens et les pathologistes, c'est celui qui traite des maladies épidémiques et contagieuses, du choléra, de la variole, du scorbut, de la diphthérie, de la fièvre typhoïde, des maladies charbonneuses et de la rage.

Des 27 cas de choléra sur la nature desquels le Conseil a dû se prononcer pendant la période quinquennale, les uns, les plus nombreux (22), étaient de nature sporadique, tandis que les autres (5) pouvaient être considérés comme appartenant au choléra asiatique. L'insalubrité du local ou du voisinage, l'abus des boissons froides et l'affaiblissement général des malades ont été les causes apparentes du choléra sporadique. Enfin sur ce nombre, trois malades seulement succombèrent.

Le choléra asiatique se termina par la mort dans les cinq cas signalés par le Conseil d'hygiène. Onze autres décès qui avaient été attribués à cette maladie, étaient dus à d'autres causes, comme on le constata à l'autopsie. De plus on n'a pas oublié qu'en 1878, l'épidémie du Havre se propagea rapidement à Paris, où elle fit 854 victimes. Un tableau complet donne le détail de ces décès pour chaque jour pendant la durée de la maladie.

La variole a fait peu de victimes pendant cette période, et cependant le nombre de ces victimes aurait encore été moins considérable si les sages instructions du Conseil d'hygiène, relativement à la vaccination, avaient été scrupuleusement suivies.

La comparaison du nombre annuel des décès par la diphthérie, n'est pas moins instructive. Elle fournit des arguments en faveur de la nécessité de l'isolement dans les hôpitaux des malades atteints d'affections contagieuses, et contre l'encombrement nosocomial qui, chez des sujets déjà prédisposés par la misère physiologique, est une cause de malignité.

La fièvre typhoïde a fait 7,000 victimes pendant la période qu'embrasse le rapport actuel. L'année 1876 a été celle dans laquelle le nombre des décès a été le plus considérable. Aussi, fait qui confirme les conclusions de M. E. Besnier, dans ses *Rapports trimestriels sur les maladies régnantes*, la marche de la maladie pendant les années 1872 à 1877 peut être représentée par une courbe dont le sommet correspondrait à l'année 1876.

Une autre maladie qui donna lieu à un rapport de M. Hillairet, est la contracture des extrémités qui, en novembre 1876, fut observée à Gentilly. Le récit de cette maladie, très heureusement exposé par l'éminent rapporteur, est une page nouvelle de l'histoire des endémies hystériques, réelles ou simulées.

Les affections charbonneuses ont été la cause de cinq cas de mort; sur 20 malades qui en furent atteints, douze fois la contagion était due à des substances animales provenant d'animaux morts du charbon, et, fait qui mérite d'être signalé au point de vue de l'alimentation publique, huit fois la maladie était le résultat du contact de viandes suspectes, transportées par des forts de la Halle, ou par des bouchers qui les débitaient.

Parmi les 36 cas de mort par la rage, il est interessant de noter que treize fois la maladie avait été communiquée par des chiens appartenant aux victimes, et même le plus souvent dans les appartements.

Relativement à l'organisation des secours publics, le rapport de M. Bezançon donne un compte rendu complet du fonctionnement du service des secours publics et en partie du service médical de nuit pour chacun des quartiers de Paris. Enfin, et pour terminer, car il serait impossible d'épuiser toutes les intéressantes observations médicales que contient ce livre, il est bon de constater que le Conseil d'hygiène et son savant secrétaire ne paraissent pas aussi convaincus de l'innocuité des émanations des cimetières parisiens, que l'auteur du rapport présenté dernièrement à M. le Préfet de la Seine *par la Commission de l'assainissement des cimetières parisiens*.

Le chapitre relatif à l'infection de la Seine et des cours d'eau suburbains, aux égouts et à l'utilisation de leurs eaux dans la plaine de Gennevilliers et la forêt de Saint-Germain, donne de précieux renseignements pour l'étude de cette grande question qui, dit-on, sera prochai-

nement à l'ordre du jour des deux Chambres et qui intéresse si vivement l'hygiène de la capitale, du département de la Seine et des départements voisins.

L'ouvrage de M. Bezançon sera donc souvent cité par ceux qui étudient les questions de salubrité pnblique et d'hygiène générale. Chimistes, ingénieurs, architectes, industriels, médecins surtout, y trouveront des indications précises sur le plus grand nombre des questions qui intéressent la santé publique. Emanant de la plume d'un des hauts fonctionnaires de la préfecture, cet ouvrage si remarquable au point de vue médical, et si digne d'être signé par un médecin, doit faire espérer pour l'avenir une sollicitude plus grande des pouvoirs politiques, en ce qui concerne l'hygiène publique.

D^r Ch. Eloy.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. A. Laveran communique une note intitulée : *De la nature parasitaire des accidents de l'impaludisme.*

« Il existe, dans le sang des malades atteints d'impaludisme, des éléments parasitaires qui se présentent sous les aspects suivants :

1° Éléments cylindriques, effilés à leurs extrémités, presque toujours incurvés en croissant. La longueur de ces corps est de $0^{mm}$,008 à $0^{mm}$,009 ; leur largeur, de $0^{mm}$,003 en moyenne. Les contours sont indiqués par une ligne très fine ; le corps est transparent, incolore, sauf à la partie moyenne, où il existe une tache noirâtre, constituée par des granulations pigmentaires d'un rouge feu très sombre ; on aperçoit souvent, du côté de la concavité, une ligne très fine qui semble relever les extrémités du croissant. Ces éléments ne paraissent pas doués de mouvement. Ils ont parfois une forme ovalaire ; lorsque l'ovale est très peu allongé et que les grains pigmentés se disposent en cercle, ces corps se rapprochent beaucoup des suivants.

2° Éléments sphériques, transparents, du diamètre des hématies en moyenne, renfermant des grains pigmentés qui, à l'état de repos, dessinent souvent un cercle assez régulier. A l'état de mouvement, ces grains pigmentés s'agitent très vivement, et leur disposition devient par suite irrégulière. De plus, on aperçoit souvent, sur les bords des sphères transparentes, des filaments très fins qui semblent s'y insérer et qui sont animés, dans tous les sens, de mouvements très rapides.

La longueur de ces filaments mobiles peut être évaluée à trois ou quatre fois le diamètre d'une hématie ; leur nombre paraît assez variable. J'en ai compté souvent trois ou quatre autour d'un même corps sphérique, auquel ils communiquaient un mouvement oscillatoire, en même temps qu'ils déplaçaient dans tous les sens les hématies voisines. L'extrémité libre des filaments est légèrement renflée. A l'état de repos, les filaments ne sont pas visibles, à cause de leur ténuité et de leur transparence parfaite.

Les filaments mobiles finissent par se détacher des corps sphériques pigmentés ; après cette séparation, ils continuent à s'agiter, et ils circulent librement au milieu des hématies.

3° Éléments sphériques ou de forme irrégulière, transparents ou finement granuleux, de $0^{mm}$,008 à $0^{mm}$,010 de diamètre, renfermant des grains pigmentés, arrondis, d'un rouge feu très sombre, qui tantôt sont disposés assez régulièrement à la périphérie, tantôt s'agglomèrent, soit au centre, soit sur un point périphérique. Ces corps sont immobiles, ainsi que les grains pigmentés qu'ils renferment. Si l'on observe un corps sphérique, transparent, renfermant des grains pigmentés mobiles et muni de filaments mobiles, jusqu'au moment où les mouvements cessent, on le voit prendre alors l'aspect des éléments décrits ci-dessus, d'où l'on peut conclure que ces éléments ne représentent, pour ainsi dire, que la forme cadavérique des précédents. Ces éléments n'ont pas de noyau et se colorent très difficilement par le carmin, ce qui permet de les distinguer des leucocytes mélanifères avec lesquels ils ont été confondus jusqu'ici.

4° Éléments sphériques transparents, renfermant, comme les éléments décrits plus haut (2°), des grains pigmentés immobiles ou mobiles, mais d'un diamètre bien moindre que celui de ces corps. Les plus petits de ces éléments ont à peine le sixième du diamètre d'une hématie et ne renferment qu'un ou deux grains pigmentés ; les plus gros se rapprochent du diamètre des hématies. Ces corps, tantôt isolés, tantôt réunis au nombre de quatre, tantôt libres dans le sang, tantôt accolés à des hématies ou à des leucocytes, ne paraissent représenter qu'une des phases du développement des éléments parasitaires décrits plus haut.

La nature animée des corps sphériques renfermant des grains pigmentés mobiles et munis de filaments périphériques mobiles est indiscutable. Je suppose qu'il s'agit d'un animalcule

qui vit d'abord à l'état d'agglomération, d'enkystement, et qui, à l'état parfait, devient libre sous forme de filaments mobiles. Il y a, chez les protistes, de nombreux exemples de ces différents états d'un même être.

Outre les éléments décrits ci-dessus, on rencontre souvent, dans le sang des malades atteints de fièvre palustre :

1° Des hématies qui paraissent trouées sur un ou plusieurs points et qui renferment des granulations pigmentaires ;

2° Des leucocytes mélanifères ;

3° Des grains pigmentés, de volume variable, libres dans le sang. Ces grains pigmentés libres proviennent vraisemblablement de la destruction des éléments parasitaires; ils sont recueillis par les leucocytes, comme il arrive pour toutes les matières pulvérulentes introduites dans le sang.

Il y a un an déjà que j'ai découvert, dans le sang des malades atteints de fièvre palustre, les éléments parasitaires décrits ci-dessus; depuis lors, j'ai recueilli les observations de cent quatre-vingt-douze malades atteints des différentes formes de l'impaludisme : fièvre intermittente ou continue, accidents pernicieux, cachexie palustre; j'ai constaté l'existence des éléments parasitaires chez cent quarante-huit de ces malades.

Ces malades avaient contracté la fièvre palustre sur les points les plus variés de l'Algérie et de la Tunisie; quelques-uns même étaient arrivés depuis peu de France ou de Corse avec les fièvres. Je me suis assuré, par de nombreuses observations, que les éléments parasitaires du sang, décrits ci-dessus, ne se retrouvaient jamais chez les malades atteints d'affections étrangères à l'impaludisme.

Dans la plupart des cas où l'examen a été négatif, les malades avaient subi un traitement plus ou moins prolongé par le sulfate de quinine, ce qui explique suffisamment l'absence des éléments parasitaires dans le sang. Ces éléments sont tués par le sulfate de quinine, ainsi que j'ai pu m'en assurer directement, en mélangeant une goutte de sang renfermant des parasites avec une goutte d'une solution faible de sulfate de quinine.

L'examen a toujours été fait sur du sang pur, obtenu par la piqûre d'un des doigts; des précautions minutieuses ont été prises pour prévenir l'introduction de corps étrangers dans les préparations.

En général, les éléments parasitaires ne se trouvent qu'à certains moments dans le sang ainsi obtenu ; c'est un peu avant les accès de fièvre et au début de ces accès qu'on a le plus de chances de les y rencontrer. Chez les malades atteints de fièvre palustre rebelle, les parasites existent quelquefois en permanence dans le sang; ils disparaissent rapidement sous l'influence de la médication quinique.

Dans les intervalles d'apyrexie qui séparent les paroxysmes fébriles, les parasites séjournent probablement dans les organes internes, notamment dans la rate et dans le foie.

Chez les individus qui succombent à l'impaludisme, on trouve toujours dans le sang, et principalement dans les petits vaisseaux de la rate et du foie, des éléments pigmentés en grand nombre. Dans le cas où la mort survient à la suite d'accidents pernicieux, les éléments pigmentés existent en si grande quantité dans le sang, que la rate, le foie, la moelle des os, parfois même la substance grise du cerveau, prennent une teinte brunâtre, ardoisée, absolument caractéristique. Il paraît évident que ces éléments pigmentés, qui remplissent les vaisseaux capillaires au point de les obstruer, dérivent des éléments parasitaires, qui meurent en même temps que l'individu dans le sang duquel ils se trouvaient, et qui se déforment alors au point de devenir méconnaissables.

*Conclusion.* — Les accidents de l'impaludisme sont produits par l'introduction, dans le sang, d'éléments parasitaires qui se présentent sous les différents aspects décrits ci-dessus; c'est parce qu'il tue ces parasites que le sulfate de quinine fait disparaître les accidents de l'impaludisme. »

## CORRESPONDANCE

Toulouse, 25 octobre 1881.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je lis dans un numéro de votre excellent journal que le docteur Raymond a employé le phénate de soude dans plusieurs maladies infectieuses, et notamment dans la fièvre typhoïde. Sans connaître ses essais, et guidé seulement par l'idée *microbe*, qui nous envahit de plus en plus, j'ai donné dans quatre fièvres typhoïdes légères le phénate de soude à la dose de 50 centigr. en potion et de 50 centigr. en lavement dans les vingt-quatre heures. J'ai constaté, comme notre savant confrère, l'abaissement de la température et la sédation des phénomènes

nerveux, mais je n'ai pas observé, probablement à cause de la petitesse des doses, de phénomènes d'empoisonnement. Un symptôme qui n'a jamais fait défaut, et que je ne vois pas relaté dans l'article de votre journal, est une constipation très marquée : dans l'un des cas où le premier jour il y avait eu dix à douze selles, le lendemain il n'y en avait qu'une, et le surlendemain la constipation était complète.

Je laisse à votre appréciation le soin de juger si cette communication est de nature à intéresser vos lecteurs, et vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments confraternels.

D[r] DUPIN.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Vaginisme par tumeur vasculaire; guérison par la cautérisation*, par le docteur M. DUNCAN, médecin de Sant-Bartholomew's Hospital. — Une femme de 52 ans entre à l'hôpital le 14 juin; elle n'a jamais eu d'enfant et n'est plus réglée depuis sept ans. Elle éprouvait, quelques années déjà avant la ménopause, des douleurs dans la défécation et du vaginisme dans les rapports sexuels. Depuis la cessation de la menstruation, elle se plaint d'une gêne douloureuse, continuelle, à la vulve, pendant le jour surtout. La miction et la défécation sont normales. Le 16 juin, la docteur Duncan l'examine et constate l'absence des lésions des organes génitaux externes et de la muqueuse vaginale. Toutefois, il existe une tumeur vasculaire qui siège sur le bord postérieur du méat urinaire. On pratiqua alors la cautérisation de cette tumeur et l'opération fut suivie d'une vive douleur qui diminua ensuite graduellement. La guérison était complète quelques jours après. (*The med. Press and Circular*, 31 août 1881.)

Cette observation confirme à la fois les faits analogues signalés il y a quelques années par le docteur Thore dans la *Gazette médicale de Paris*, et l'existence du vaginisme par irritation réflexe dans des maladies du méat urinaire chez la femme. — Ch. E.

*Cas d'affections congénitales du cœur*, par le docteur A. SEMPLE. — Le premier cas est celui d'une jeune fille de 7 ans, dont la mère est rhumatisante; à l'âge de six mois, elle fut admise à l'hôpital parce qu'elle éprouvait de la toux, de la dyspnée, de la cyanose et du refroidissement des extrémités. La matité cardiaque était accrue et on entendait en dehors du mamelon un bruit systolique très net. A son admission, elle ne présente ni cyanose, ni distension des veines du cou; mais celles de la poitrine sont un peu gonflées. La respiration est libre, mais il existe de la toux. Les côtes inférieures sont soulevées, la matité cardiaque est augmentée et le choc précordial est perceptible vers l'aisselle, en dehors du mamelon et sur une large surface. Le deuxième bruit est dédoublé, et le premier dédoublement est plus éclatant que le second. A la pointe, on entend un bruit de roulement systolique s'ajoutant au dédoublement du deuxième bruit, de sorte qu'il existe non pas deux, mais trois bruits consécutifs. A la base, le bruit systolique est peu marqué. — Dans la deuxième observation, l'enfant, jeune garçon de 10 ans, descendait d'une grand'mère morte d'une affection cardiaque. Un de ses sept frères était atteint de palpitations et de dyspnée. Depuis sa naissance, il présente, surtout dans l'effort, de la cyanose de la face, de la toux et de la gêne respiratoire. A son entrée à l'hôpital, les extrémités des membres ont une coloration violacée, quand il est dans le décubitus dorsal. Le thorax est bien conformé, la matité cardiaque est normale, mais le choc précordial s'étend de la ligne mamelonnaire au bord gauche du sternum. Par la palpation de cette région, on perçoit un *thrill* très net; à la pointe il existe un bruit systolique de roulement, et à la base un bruit de râpe superficiel au niveau des 2[e], 3[e] et 4[e] espaces intercostaux et des cartilages costaux correspondants. — Le troisième cas est celui d'un enfant de 10 ans, dont la mère succomba à une maladie du cœur et qui, depuis l'âge de 3 ans, éprouve de la dyspnée dans la marche et la course. Dans l'effort, la couleur du visage devient bleuâtre. La poitrine est bien développée et la santé est bonne en apparence. On constate, à son admission à l'hôpital, de l'augmentation de la matité cardiaque, le déplacement de la pointe du cœur en dehors du mamelon, un bruit râpeux systolique étendu jusque dans la fosse sus-claviculaire gauche. Au niveau du choc précordial la main perçoit un *thrill* manifeste. Il existe, de plus, à la pointe un souffle distinct par son timbre du bruit râpeux de la base et perceptible jusque dans l'aisselle. Les bruits normaux n'existent ni à la pointe ni à la base (*The Med. press. and circ.* — 10 août 1881, p. 128).

Ces trois faits sont remarquables au point de vue de l'hérédité morbide et par le développement, quelque temps après la naissance, des accidents cardiaques. — Ch. E.

*Contribution à l'étude et au traitement du pneumo-typhus; trois cas traités par la quinine et l'alcool*, par le docteur PUIG Y BALAUSÉ. — Le premier cas est celui d'un enfant de 12 ans.

qui, dans le déclin d'une pneumonie, présenta de la courbature, des frissons, de l'anorexie, de la céphalalgie, des épistaxis, de la constipation et simultanément de l'hyperthermie. Après quelques jours, la langue devint sèche, se recouvrit, ainsi que les gencives, d'un enduit épais et de fuliginosités. Des symptômes cérébraux, assoupissement, délire, se manifestèrent; le ventre se ballonna, la toux augmenta de fréquence et les matières expectorées prirent une coloration grisâtre. La respiration était courte, mal rhythmée; il existait de la matité des deux côtés, plus marquée à droite. Par l'auscultation, on constatait l'imperméabilité des poumons dans les points correspondants à cette matité. La température s'élevait à 41,3 et le pouls à 110, quand on institua le traitement. On prescrivit le bromhydrate de quinine à la dose quotidienne de 1 gr. 50 en pilules, et l'alcool sous forme de potion. Dès le second jour, la température était abaissée, les troubles respiratoires diminuaient, et, quelque temps après, la guérison était complète.

Le second malade, âgé de 36 ans, présentait des symptômes typhoïdes, courbature, frissons, vomissements, céphalalgie, épistaxis, diarrhée, fuliginosités et sécheresse de la langue. La température oscillait entre 38,2 et 39, et s'éleva même brusquement à 40,4, en s'accompagnant de délire, de stupeur, d'expectoration sanguinolente, de prostration extrême. A ces accidents morbides se joignaient des symptômes thoraciques : de la toux par accès, de la fréquence des mouvements respiratoires, de la matité des deux bases en arrière et sur les côtés de la poitrine, de la diminution du murmure vésiculaire à la base et des râles sous-crépitants dans les autres points. Le pouls était variable, donnant tantôt 100, tantôt 80 pulsations et la mort paraissait prochaine. On fit usage du même traitement que dans le premier cas; seulement la dose d'alcool fut plus considérable et on obtint le même succès.

La troisième observation est celle d'un jeune homme de 17 ans qui présentait des symptômes typhoïdes et des troubles respiratoires de même nature que les malades précédents, avec une température de 40,3. Le traitement donna également des résultats favorables.

Ces faits sont donc une preuve de l'efficacité du traitement du pneumo-typhus par l'emplo combiné de l'alcool et de la quinine (*Revista de clin. med. Barcelona*, août 1881, p. 357, an VII). — Ch. E.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 21 au 27 octobre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,034. — Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 10. —Rougeole, 12. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 52. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 11. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchites aiguës, 34. — Pneumonie, 70. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 57; au sein et mixte, 26; inconnu, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93; circulatoire, 70; respiratoire, 68 ; digestif, 47 ; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 8. — Après traumatisme, 6. — Morts violentes, 26. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 43e semaine. — Cette 43e semaine présente une augmentation de 114 décès; ce sont là sans doute les premiers sévices de la saison rigoureuse : en effet l'augmentation porte principalement sur les décès par Bronchite et Pneumonie (104 au lieu de 57). En outre 2 maladies zymotiques importantes ont accru leurs sévices : 1° la Fièvre typhoïde (47 décès au lieu de 28) et la Diphthérie (52 décès au lieu de 44). Aussi avancés dans la saison que nous le sommes, il est à craindre que ces accroissements ne se maintiennent ou ne s'aggravent.

Dans la répartition des décès par Diphthérie nous remarquons trois quartiers qui, chacun, comptent 3 décès, à savoir : le 70e ou *Clignancourt*, le 53e ou *Montparnasse* et le 19e ou *Val de Grâce*, et il importe de noter que ce dernier en comptait déjà 3 la semaine précédente ; en outre, il y a 5 décès provenant d'individus domiciliés hors Paris, dont un d'une fille de 22 ans, domestique à *Nogent-sur-Marne*, et admise à l'hôpital Saint-Antoine. Les 4 autres sont des enfants admis aux Enfants-Malades ou à l'hôpital Trousseau.

La Fièvre typhoïde qui s'est si brusquement accrue (de 28 à 47 décès) a occasionné 3 décès dans chacun des quartiers contigus des *Batignolles* et des *Épinettes*, et 4 dans la garnison de Paris.

Dans ce numéro nous continuons la 7e publication mensuelle des enterrements selon le cérémonial, cette fois pour le mois de septembre. En comparant avec les 6 mois antérieurs (depuis avril), on pourra constater combien est constante la proportion des enterrements civils : 20 à 21 p. 100, c'est-à-dire 4 enterrements avec les cérémonies d'un culte quelconque

pour 1 enterrement purement civil (non compris les mort-nés). Cette fixité remarquable montre bien que l'influence des causes fortuites n'a rien à faire ici, mais que nous sommes devant un phénomène qui a ses racines profondes dans les idées arrêtées d'une portion importante de la population parisienne.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## FORMULAIRE

### POMMADE CONTRE LES ENGELURES. — DEVERGIE.

| | |
|---|---|
| Créosote . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 10 gouttes. |
| Extrait thébaïque . . . . . . . . . . . . . | 0 gr 20 centigr. |
| Sous-acétate de plomb liquide . . . . . . | 12 gouttes. |
| Axonge. . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 30 grammes. |

F. s. a. — Onctions, matin et soir, sur les engelures ulcérées ou simplement érythémateuses. — N. G.

## COURRIER

LE CHOLÉRA A LA MECQUE. — Aujourd'hui on donne de la ville sainte des nouvelles plus rassurantes.

Les nouvelles officielles de la Mecque portent que, du 11 au 25 septembre, le nombre des décès par suite du choléra s'est élevé à 199. Le choléra est donc en décroissance, mais il est loin d'avoir disparu. Il faut veiller sur lui avec autant de soin que jamais.

— La *Société contre l'abus du tabac* met au concours pour 1881, un prix de 100 fr., trois prix de 200 fr. et un prix de 300 fr. ; des médailles de vermeil, d'argent, etc., seront en outre décernées dans la section des mérites divers.

N° 2. *Prix médical.* — Quelle est l'influence du tabac sur la marche de la grossesse et sur la lactation, chez les femmes qui font usage du tabac, qui en respirent la fumée, ou qui travaillent à sa manipulation. Présenter des observations recueillies sur les personnes et, s'il est possible, des expériences chez les animaux. — *Deux cents francs.*

N° 3. *Prix fondé par M. le docteur A. Bertherand.* — Déterminer, par des considérations psychologiques, avec faits bien observés à l'appui, l'influence que l'habitude excessive du tabac détermine sur le *moral*, le *caractère* et les *rapports sociaux* des fumeurs. — Le prix consiste en livres d'une valeur de *deux cents francs* environ, et une *médaille de vermeil.* — Le fondateur s'engage en outre à publier gratuitement, dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, le mémoire couronné.

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande, au siège de la Société, rue Jacob, 38, Paris.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES A L'HÔTEL-DIEU. — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 19 novembre 1881, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault.

Les jeudis, consultation avec examen au spéculum.

COURS CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — *Asile Sainte-Anne.* — M. le professeur Ball commencera son cours le dimanche 6 novembre, à 10 heures du matin, à l'Asile Sainte-Anne et le continuera les jeudis et les dimanches suivants, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques le vendredi 4 novembre, à 9 heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure (*salle Saint-Jean*).

— M. le docteur Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie vendredi 4 novembre, à 2 heures, à sa clinique, boulevard Saint-Germain, 172, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 3 novembre. — Comme il était prévu, la séance de l'Académie a été levée en signe de deuil après le dépouillement de la correspondance. Quelques mots prononcés par M. le président Legouest ont rendu un hommage mérité au vieux professeur qui vient de mourir, et qui restera une des gloires de la médecine française.

Aucun discours n'a été prononcé sur la tombe de l'illustre mort ; aucun appareil militaire n'a rendu les derniers devoirs au commandeur de la Légion d'honneur. Comme si Bouillaud avait compris que depuis longtemps il survivait à son œuvre et que déjà le meilleur de lui-même appartenait à l'histoire, lui qui avait porté si vaillamment le drapeau de la science et avait compté parmi les plus fiers lutteurs, il a voulu s'éteindre avec modestie et a tenu à ce qu'on ne fît aucun bruit autour de sa dépouille.

Mais ses collègues, ses élèves et ses continuateurs ont su lui faire des funérailles dignes de lui. La Faculté de médecine de Paris, l'Académie de médecine et l'Académie des sciences, les médecins des hôpitaux en grand nombre, unis dans un commun sentiment de vénération et de regret, ont formé jusqu'à sa dernière demeure un cortège imposant. — L.-G. R.

# CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

## DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1);

Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881,

Par M. le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

### Douzième série (10 milligrammes).

OBS. CXIV. — Marie L..., 31 ans, domestique. Entrée le 6 septembre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 42. Pas d'antécédents diathésiques. Syphilis ayant débuté il y a deux mois.

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 22, 25 et 30 octobre.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

### BOUILLAUD ; — SOUVENIRS.

J'arriverai trop tard, me disais-je. Tout ce qui pourra être dit aura été dit aux obsèques de notre illustre maître M. Bouillaud, à qui l'Institut, l'Académie de médecine, la Faculté, les nombreuses Sociétés savantes ou professionnelles dont il faisait partie auront payé leur tribut d'hommages et de regrets. Que pourrais-je ajouter à ces éloquentes oraisons funèbres? Donc, cher maître, je me tais, dormez paisiblement dans ce tombeau où des couronnes, si nombreuses, si belles et si légitimes, ont pieusement recouvert votre cercueil.

Je me suis trompé. Ayant eu le regret de ne pouvoir m'unir à l'immense cortège qui a voulu accompagner M. Bouillaud à sa dernière demeure, j'apprends seulement ce matin qu'il a modestement interdit tout discours sur sa tombe. Assurément, je n'aurais pas eu la prétention d'écrire ici un discours, et je me serais mis en règle avec le désir de l'illustre mort et les devoirs de la Presse. Mais voilà que le temps me manque, et d'ailleurs, triste et amer souvenir ! les barbares Teutons m'ont enlevé un gros dossier qui portait cette suscription en grosses lettres : M. BOUILLAUD. En effet, il est peu d'illustrations médicales de ce siècle avec lesquelles j'aie eu autant de relations qu'avec M. Bouillaud. Relations quelquefois singulières, car je n'ai pas connu d'homme de pareille valeur aussi sensible que lui aux appréciations de la Presse. Et comme, dans sa longue carrière et si accidentée, des occasions

*Examen.* — Quelques syphilides papuleuses des grandes lèvres. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Syphilide érythémateuse du tronc et des membres inférieurs; syphilides érosives de la langue et des amygdales.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

6 septembre. Disparition des syphilides vulvaires; les syphilides buccales seules persistent.

26 septembre. Il n'existe plus qu'une seule petite syphilide érosive de la commissure des lèvres.

1er octobre. *Exeat.* Guérie. 23 injections. Aucun accident, sauf légère douleur durant quelques heures, rendant le décubitus dorsal presque impossible.

Obs. CXV. — Céline L..., 23 ans, couturière. Entrée le 13 septembre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 39. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents diathésiques. Début de la syphilis il y a quatre mois.

*Examen.* — Tuméfaction des petites lèvres. Sur les petites et les grandes lèvres, au pourtour de l'anus, nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques dont quelques-unes sont érosives, volumiueuses. Polyadénite inguinale et cervicale non douloureuse. Syphilide pigmentaire du cou, érythémateuse et papulo-squameuse du tronc et des membres; syphilide érosive de la commissure des lèvres; folliculite syphilitique, alopécie, céphalée.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

19 septembre. Affaissement notable de toutes les syphilides.

26 septembre. Les syphilides vulvaires ont disparu. Les syphilides cutanées pâlissent. Une petite nodosité sans inflammation, sans rougeur, avec douleur assez vive au point où a été faite l'avant-dernière injection.

3 octobre. *Exeat,* améliorée, sur sa demande. La nodosité persiste. Pas d'autre accident. 20 injections.

Obs. CXVI. — Alexandrine D..., 22 ans. Entrée le 6 septembre, salle Saint-Alexis, lit n° 35. Pas d'antécédents diathésiques. Bonne santé habituelle. Début il y a quinze jours.

*Examen.* Folliculite syphilitique de la vulve. Syphilide érythémateuse du tronc et papuleuse des membres. Polyadénite inguinale double.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

12 septembre. État stationnaire. Aucun accident.

18. Les syphilides cutanées pâlissent.

21. Petites syphilides érosives des deux amygdales.

3 octobre. *Exeat.* Les syphilides cutanées ont considérablement diminué. Petites syphilides érosives des deux amygdales. Aucun accident. Pas de salivation. 26 injections.

Obs. CXVII. — Marie D..., 17 ans, riveuse. Entrée le 27 septembre 1881, salle Saint-Alexis,

---

innombrables se sont rencontrées où, philosophiquement, cliniquement et même administrativement, les actes de M. Bouillaud ont pu et dû être l'objet de l'examen de la Presse, c'étaient autant d'occasions pour lui de montrer son tempérament émotif et sa sensibilité native. N'est-ce pas un véritable phénomène qu'avec de pareilles conditions, M. Bouillaud ait pu atteindre presque le nonagénat? Et ce cœur dont il a si bien décrit les troubles, mais dont il a dû sentir par lui-même les tumultes et les désordres, comment cet organe si susceptible n'est-il pas devenu chez lui le siège de quelqu'une de ces altérations dont il a été l'admirable historien?

Mes relations avec M. Bouillaud ont été tantôt douces, tantôt aigrelettes, mais sans jamais dépasser les limites d'une bienveillante courtoisie. Car, — dût cette comparaison faire rire le lecteur! — nous étions un peu, M. Bouillaud et moi, comme amant et maîtresse; nous nous aimions certainement, mais nous nous querellions volontiers. Que de souvenirs je pourrais évoquer, les uns aimables, les autres bizarres, mais, au demeurant, jamais malveillants! Il y a à peine un mois que M. Bouillaud tenait la tribune de l'Académie pendant près d'une heure et rappelait tout un passé d'un demi-siècle, et, à part quelques défaillances de la voix, j'aurais pu répéter, à l'occasion de ce dernier discours, ce que j'écrivais en 1874 à propos d'une discussion avec M. Colin sur la méthode expérimentale.

Je l'appelais le Nestor des combattants, « Nestor par l'âge, bien entendu, car il apporte au combat la jeunesse, la fougue et la vaillance d'Achille. C'est un phénomène psychologique bien remarquable que M. Bouillaud. Tel vous l'avez vu, tel vous l'avez entendu il y a quarante ans, ô mes chers contemporains, tel vous le retrouverez aujourd'hui, au physique comme à l'intellectuel.

« Au physique, l'affreuse obésité a respecté sa taille svelte et souple; il a conservé l'agi-

lit n° 2. Pas d'antécédents diathésiques. Syphilis remontant à un an; soignée salle Saint-Alexis avec la liqueur de van Swieten pendant trois mois. Depuis six mois, la malade n'a suivi aucun traitement.

*Examen.* — Petites syphilides papulo-érosives peu nombreuses des grandes lèvres, des plis génito-cruraux, du pourtour de l'anus. Polyadénite inguinale. Syphilide pigmentaire du cou. Hypertrophie et rougeur sans érosion des amygdales. Folliculite syphilitique. Alopécie, céphalée, courbature.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes. Syphilides papuleuses et érosives du col et du vagin.

31 septembre. *Exeat.* Non guérie. État stationnaire. Aucun accident, sauf douleur au point piqué. 6 injections.

Obs. CXVIII. — Émilie D..., 20 ans, couturière. Entrée le 30 août, salle Saint-Alexis, lit n° 1. Quelques accidents scrofuleux. Début de la maladie il y a six semaines.

*Examen.* — Chancre infectant de la base de la grande lèvre droite en voie de réparation. Syphilides papulo-érosives de la grande lèvre gauche et du pourtour de l'anus. Syphilide papulo-érosive et ulcéreuse avec tendance au phagédénisme de la face interne de la cuisse droite. Syphilides érosives des piliers postérieurs. Rien à la peau. Iusomnie. Alopécie.

*Traitement.* — Injections de 10 milligrammes.

5 septembre. Syphilide ulcéreuse de la cuisse à tendance phagédénique se répare. Quelques syphilides papulo-squameuses du tronc. Pas de salivation; pas de douleurs; pas de nodosités.

20 septembre. Syphilide ulcéreuse presque totalement disparue. Aucun accident local.

1er octobre. *Exeat.* Guérie sans aucun accident. 30 injections.

Obs. CXIX. — Adèle H..., 19 ans, domestique. Entrée le 30 août 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 20. Pas d'antécédents diathésiques. Bonne santé habituelle. Début il y a quinze jours?

*Examen.* — Très nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques dont quelques-unes sont érosives, sur les grandes et les petites lèvres, la face interne des cuisses et le pourtour de l'anus. Nombreuses syphilides érythémateuses du tronc et des membres, pigmentaires du cou, papulo-squameuses de la face. Syphilides érosives des deux amygdales qui sont hypertrophiées. Adénite sous-maxillaire et cervicale postérieure. Alopécie, céphalée, insomnie.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

6 septembre. Syphilides vulvaires s'affaissent. Celles du tronc pâlissent. Pas d'accident local. Pas de salivation.

25 septembre. Syphilides vulvaires et cutanées guéries.

1er octobre. *Exeat.* Guérie. Aucun accident local ou général. — Total : 30 injections.

Obs. CXX. — Louise M..., 41 ans, chiffonnière. Entrée le 13 septembre 1881, salle Saint-

---

lité des maigres; son visage semble n'avoir subi aucune atteinte; son œil est toujours vif et caressant quand il n'est pas irrité; il paraît posséder des dents, car sa prononciation est parfaite; sa chevelure, s'il m'en souvient, n'a jamais été plus abondante; bref, personne ne donnerait à cet excellent maître le nombre de lustres dont Vapereau le gratifie.

« A l'intellectuel, moins de changements encore. Même facilité, même abondance du verbe, même élégance de diction, même goût pour la figure, même penchant vers l'image et la métaphore. M. Bouillaud est né classique, il est resté classique, dédaigneux ou inscient des formes nouvelles, et fidèle aux enseignements de Le Batteux et de Laharpe. »

Ce que j'écrivais il y a sept ans j'aurais pu le répéter il y a un mois tout à l'heure, quand M. Bouillaud, rappelant tous ses travaux d'un demi-siècle, ses nombreuses et si diverses publications, son enseignement clinique de la Charité dont les débuts furent si éclatants, se livrait à cette sorte d'exhumation glorieuse que la génération actuelle écoutait avec une pieuse attention.

C'est précisément quand le concours eut élevé M. Bouillaud à cette chaire de clinique médicale de la Charité, que nos relations devinrent plus accentuées. Le *Journal hebdomadaire*, dans lequel je tenais alors la plume de rédacteur en chef, devint, je ne sais trop pourquoi, le théâtre où se vidaient les querelles entre l'école de Chomel et l'école de Bouillaud. Grisolle, puis Requin furent les vaillants champions de Chomel; Montaut et Pelletan portaient les couleurs de Bouillaud. La guerre fut vive, brûlante, acharnée. Chaque leçon de Bouillaud, dans ce petit amphithéâtre de la Charité, était une revendication ardente de la vérité de ses travaux, et quand à l'occasion de sa mort on lit dans presque tous les journaux cette phrase passée à l'état de cliché : « M. Bouillaud appartenait à cette forte génération médicale où brillèrent avec tant d'éclat Chomel, Andral, Rostan, Louis, etc., » les hommes qui ont le

Louis, lit n° 28. Pas d'antécédents diathésiques. Bonne santé habituelle. Syphilis remontant à deux mois.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques nombreuses des grandes et des petites lèvres qui sont très tuméfiées. Syphilides ulcéreuses interdigitales des deux pieds; polyadénite iuguinale et cervicale postérieure non douloureuse; syphilide érythémateuse du tronc et des membres.

*Traitement.* — Injections de 10 milligrammes. Peu de tissu cellulaire sous-cutané dans le dos.

30 septembre. *Exeat.* Très améliorée. Aucun accident. 16 injections.

Obs. CXXI. — Georgette S..., 19 ans, femme de brasserie. Entrée le 30 août 1881, salle Saint-Louis, lit n° 29. Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires. Début de la syphilis il y a six mois.

*Examen.* — Grossesse de 5 mois. Le père de l'enfant est celui qui a donné la syphilis à la mère. Quelques petites syphilides papulo-érosives et papulo-hypertrophiques des grandes et des petites lèvres; vaginite secondaire; polyadénite inguinale double; syphilide érythémateuse du tronc; alopécie considérable; courbature; insomnie; algidité périphérique. Amygdales rouges et tuméfiées sans érosion.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

9 septembre. Les syphilides vulvaires s'affaissent. Pas d'accidents; pas de salivation.

16 septembre. Continuation de l'amélioration générale. La malade prétend sentir mieux son enfant remuer.

3 octobre. *Exeat.* Guérie. Aucun accident. Total : 31 injections.

Obs. CXXII. — Marie L..., 19 ans, couturière. Entrée le 30 août 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 19. Aucun antécédent diathésique, Début de la syphilis il y a un mois.

*Examen.* — Nombreuses végétations inflammatoires. Syphilides papulo-hypertrophiques nombreuses des grandes et des petites lèvres, des plis génito-cruraux. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Syphilides érythémateuses et papuleuses du tronc et des membres; syphilide pigmentaire du cou; syphilides érosives des deux amygdales; alopécie; céphalée; ganglions épitrochléens aux deux coudes.

*Traitement.* — Injections de 10 millig.

5 septembre. Les syphilides vulvaires s'affaissent; les syphilides buccales persistent; les syphilides cutanées pâlissent. Légère douleur dans le dos aux points piqués. Pas d'autre accident.

11 septembre. *Exeat,* améliorée, sur sa demande. Aucun accident. 12 injections.

Obs. CXXIII. — Louise B..., 19 ans, boutonnière. Entrée le 6 septembre 1881, salle

---

triste privilège d'avoir vécu avec cette génération médicale ne peuvent s'empêcher de sourire d'une pareille assimilation. Bouillaud, au contraire, et il le rappelait naguère, eut les plus terribles luttes à soutenir contre tous ses contemporains. Doctrine, observation clinique, thérapeutique surtout, tout lui fut contesté. Est-ce que les vaillants amis de Chomel n'ont pas revendiqué pour leur maître la magnifique découverte de la loi de coïncidence? Lorsque Bouillaud, dans son étude de philosophie médicale, arborait carrément le drapeau du vitalisme, est-ce que l'école matérialiste de Broussais ne l'accusait pas en masse, et sous quelles couleurs, j'ose presque dire de trahison!

Mais sur le point où Bouillaud reçut les coups les plus rudes, les plus sensibles, les plus douloureux, ne fut-ce pas sur l'observation clinique et sur les résultats thérapeutiques de sa méthode des saignées coup sur coup?... Je ne veux pas, je ne dois pas insister sur ces sujets, car la seule chose que je puisse dire en ce moment, c'est que la lacune qui a été remarquée dans l'existence de M. Bouillaud, a été occasionnée aussi bien et même plus par l'injustice de ses contemporains que par la non-satisfaction de ses désirs peut-être immodérés.

Mais s'approche pour M. Bouillaud le jour des récompenses. Il se présente à l'Académie des sciences, et c'est M. Andral qui fait le rapport sur les candidatures, malheureusement en comité secret, car, d'après un auditeur compétent, jamais, me disait-il, la science médicale n'avait parlé un langage plus élevé, sous une forme plus littéraire.

A cette occasion, que disais-je encore :

« Je regrette que, dans la distribution de l'Exposé de ses titres, M. Bouillaud ait oublié l'Union Médicale. Serait-ce par souvenir de quelques dissidences qui se sont quelquefois produites entre nous? Ce serait pour nous pénible, quoique notre conscience ne nous reproche pas d'avoir jamais dépassé envers lui les limites d'une déférente indépendance. Nous n'avons

Saint-Alexis, lit n° 18. Quelques antécédents scrofuleux. Début de la maladie il y a dix jours.

*Examen.* — Chancre infectant du capuchon. Syphilides érosives et papuleuses des grandes et des petites lèvres. Polyadénite inguinale double. Syphilide papulo-érosive du vagin. Rien à la peau ni à la gorge. Courbature, céphalée, insomnie.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

17 septembre. *Exeat,* sur sa demande. Le chancre a disparu. Légère induration persistante. Affaissement des syphilides vulvaires et vaginales. Rien à la peau. Aucun accident. 10 injections.

Obs. CXXIV. — Françoise G..., 20 ans, cuisinière. Entrée le 7 septembre, salle Saint-Alexis, lit n° 39. Pas d'antécédents scrofuleux ni héréditaires. Syphilis remontant à un an soignée pendant un mois, il y a six mois, dans la salle Saint-Alexis.

*Examen.* — Deux syphilides papulo-hypertrophiques de la grande lèvre gauche. Polyadénite inguinale. Pas d'autre accident syphilitique actuel.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

17 septembre. *Exeat.* Guérie. Aucun accident local; pas de salivation. — Total : 10 injections.

Obs. CXXV. — Mérian M..., 23 ans, couturière. Entrée le 30 août 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 6. Quelques antécédents scrofuleux. Gourme, otorrhée, chloro-anémie. Début de la syphilis il y a six semaines.

*Examen.* Nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques et érosives des grandes lèvres, qui sont œdématiées. Polyadénite inguinale et cervicale postérieure. Rien à la gorge. Roséole, céphalée, courbature, insomnie. Syphilide discrète papulo-squameuse du segment postérieur du vagin.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

12 septembre. *Exeat.* Guérie. 12 injections. Une piqûre faite trop superficiellement a produit une petite nodosité dure, douloureuse, sans rougeur, sans inflammation.

Obs. CXXVI. — Désirée B..., 27 ans, couturière. Entrée le 30 août, salle Saint-Alexis, lit n° 45. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Il y a trois semaines, apparition de boutons aux organes génitaux.

*Examen.* — Grossesse de six mois. Le père de l'enfant est celui qui donna la syphilis à la mère. Nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques érosives de la vulve et de l'anus. Polyadénite inguinale et cervicale. Alopécie, courbature, insomnie.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

11 septembre. Amélioration considérable. Aucun accident local ou général.

3 octobre. *Exeat,* sur sa demande. Très améliorée. Aucun accident. 31 injections.

---

pas attendu l'élévation de M. Bouillaud au maréchalat scientifique pour reconnaître et pour proclamer qu'il est, sans conteste, une des grandes figures médicales de l'époque et que sa découverte de la loi de coïncidence l'a placé au rang des plus grands observateurs de tous les temps. Sa nomination à l'Institut sera donc légitime, et l'on ne voit aucune notoriété plus grande à lui opposer.

« Voilà donc un digne couronnement d'une belle existence. M. Bouillaud, qui s'est montré sensible quelquefois jusqu'à l'excès aux impédiments qu'il a pu rencontrer sur sa route et qui attendent tout homme de labeur et d'initiative; M. Bouillaud, qui, plusieurs fois, a semblé céder à des idées de tristesse et de mélancolique découragement, M. Bouillaud doit voir qu'il ne faut jamais désespérer de la justice et de la vérité. Le tout est de vivre assez longtemps. Broussais, le maître de M. Bouillaud, le maître des maîtres, n'a pu arriver à l'Académie des sciences, Laënnec n'y a pas eu de fauteuil, ni Bichat, ni tant d'autres, morts avant le jour des suprêmes récompenses. M. Louis, dont l'enseignement, quoique non officiel, a été si éclatant et dont les livres ont eu une si grande influence sur la pathologie moderne, M. Louis ne se présente pas. Allons! M. Bouillaud n'a pas trop à se plaindre; l'enseignement et la pratique lui ont fait une place digne de ses mérites, et la science, sur les autels de laquelle il a pieusement et vaillamment sacrifié, va lui décerner sa plus belle couronne. »

Je ne voudrais passer qu'en glissant sur les événements du décanat de M. Bouillaud en 1849. Mais quoique je n'aie pas assurément la prétention de faire ici de l'histoire, il m'est impossible de ne pas rappeler le souvenir de faits auxquels j'ai été mêlé, et des efforts que je tentai pour dégager M. Bouillaud de la position fausse dans laquelle il s'était volontairement placé. Je veux parler de ce qu'on pouvait appeler la question Orfila et du rôle que M. Bouillaud voulut y remplir.

Obs. CXXVII. — Eugénie D..., 18 ans, blanchisseuse. Entrée le 2 septembre, salle Saint-Louis, lit n° 25. Quelques antécédents scrofuleux. Début de la syphilis il y a six semaines.

*Examen.* — Syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques dont quelques-unes sont érosives, deux syphilides ulcéreuses du volume d'une pièce de 5 francs sur les grandes lèvres. Syphilide érythémateuse du tronc; alopécie; insomnie; algidité périphérique; fièvre syphilitique. Injections de 10 millig.

9 septembre. Les syphilides ulcéreuses se réparent; les syphilides hypertrophiques s'affaissent. Aucun accident dû aux injections.

16. Les syphilides hypertrophiques ont disparu, les ulcéreuses continuent de se réparer. Pas de salivation.

2, 3. Les syphilides vulvaires ont disparu.

26. *Exeat.* Guérie. Aucun accident, 22 injections.

Obs. CXXVIII. — Louise C..., 24 ans, blanchisseuse. Entrée le 20 septembre, salle Saint-Louis, n° 16. Pas d'antécédents strumeux, herpétiques ou arthritiques. Début de la syphilis il y a trois semaines.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives des grandes lèvres en voie de disparition. Polyadénite inguinale non inflammatoire; syphilide érythémateuse du tronc; alopécie; céphalée; fièvre syphilitique.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

30 septembre. Céphalée, fièvre, courbature ont disparu; les syphilides vulvaires s'affaissent; les syphilides cutanées pâlissent. Aucun accident local, pas de salivation.

6 octobre. *Exeat.* Guérie. 12 injections. Aucun accident.

Obs. CXXIX. — Lucy L..., 24 ans, couturière. Entrée salle Saint-Louis le 30 août, lit n° 33. Début il y a trois semaines.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques et érosives; quelques syphilides végétantes de la vulve, de l'anus, des plis génito-cruraux; polyadénite inguinale et cervicale; syphilide papuleuse, érythémateuse, papulo-squameuse du tronc et des membres; syphilides érosives des deux amygdales.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

9 septembre. Les syphilides vulvaires s'affaissent, les cutanées pâlissent. Gingivite et légère stomatite. Gargarisme et potion avec chlorate de potasse 4 grammes.

12. La stomatite mercurielle force à interrompre les injections.

22. On reprend les injections. Les syphilides de la vulve ont presque complètement disparu.

24. *Exeat.* Non guérie. Total : 13 injections.

Obs. CXXX. — Louise D..., 19 ans, couturière, entrée le 20 septembre 1881, salle Saint-

---

En quelques mots voici le fait :

Pendant son décanat, Orfila avait dépassé de la somme importante de 28,000 fr. les crédits qui lui avaient été alloués pour la Faculté. Qu'était devenue cette somme? Le Conseil d'État, le Conseil de l'instruction publique, la Faculté, après toutes les recherches, après enquête sur enquête, tout cela n'avait produit qu'un résultat, à savoir que cette somme de 28,000 francs, qu'Orfila avait indûment dépensée, avait été complètement employée pour les intérêts de la Faculté. M. Bouillaud, dans l'austérité de sa conscience, ne s'inclina pas devant l'unanimité de ce témoignage, et comme la signature du nouveau doyen était nécessaire pour régulariser la comptabilité, M. Bouillaud refusa carrément de la donner.

Ce refus était fort grave, il faisait peser sur Orfila le soupçon d'un détournement frauduleux, et quand on demandait à M. Bouillaud : La preuve? la preuve? il ne répondait, — j'en sais quelque chose, — que par une mimique fort énergique. On sait que, par suite de ce refus obstiné, la Faculté fit en corps une démarche auprès du ministre de l'instruction publique pour lui demander la révocation immédiate de M. Bouillaud comme doyen, ce que le ministre accorda sur l'heure en nommant immédiatement P. Bérard doyen de la Faculté. Cette révocation brutale donna lieu à des incidents bizarres, singuliers, et pour ceux qui pourraient croire que je me déclarai l'adversaire de M. Bouillaud, je suis bien aise de rappeler de quelle façon j'appréciai alors les évènements de ces jours agités :

Voici donc ce que j'écrivais le 11 janvier 1849 :

« Une injustice qu'on voit et qu'on tait, on la commet soi-même, a dit J.-J. Rousseau. Je vois et je ne peux taire l'injustice commise envers M. Bouillaud; c'est dire que je ne veux pas m'en rendre complice. Malheureusement je ne peux que protester contre les actes dont l'honorable professeur est victime. Après informations sérieuses, impartiales et dépouillées de

Alexis, lit n° 40. Quelques antécédents scrofuleux (gourmes, ophthalmie). Il y a trois mois, apparition de boutons sur la peau.

*Examen.* — Rien à la vulve. Sur le pied droit, au devant et en avant de la malléole interne, sur la plante du pied, syphilides ulcéreuses de volume variable. Il en existe également dans le dos, sur la poitrine, aux cuisses. Ganglions cervicaux et épitrochléens développés.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

26 septembre. Cicatrisation des syphilides ulcéreuses du pied et du dos. Rien à la vulve.

3 octobre. *Exeat*, améliorée. — 13 injections. Pas d'accident ; pas de salivation.

Obs. CXXXI. — O. B..., 23 ans, domestique. Entrée le 6 septembre, salle Saint-Alexis, n° 7. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Début des syphilides il y a quinze jours?

*Examen.* — Syphilide ulcéreuse de la base de la grande lèvre gauche et papulo-squameuse du tronc et des membres. Polyadénite inguinale. Rien à la gorge ni à l'anus. Dentition très mauvaise. Plusieurs dents manquent.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

19 septembre. La syphilide ulcéreuse de la grande lèvre se répare. Aucun accident. Pas de stomatite.

3 octobre. *Exeat.* Les syphilides cutanées seules persistent, mais elles ont considérablement pâli. Aucun accident. — 27 injections.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

### NOTE POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE LA RAGE,

Par M. Gibier (de Savigny), interne des hôpitaux de Paris.

La récente et très intéressante communication que M. le professeur Bouley, de l'Institut, a faite à l'Académie des sciences au sujet des expériences de M. Galtier, de Lyon, sur la rage, a éveillé l'attention du monde médical. L'injection de salive, de bave, provenant d'un chien enragé, dans les veines d'un mouton, non-seulement ne donnerait pas la rage à cet animal, mais encore lui conférerait une immunité telle qu'il serait impossible de le rendre enragé par la suite. L'expérience répétée sur huit moutons, si notre mémoire est fidèle, aurait donné les mêmes résultats. On voit tous les bénéfices que l'on pourrait tirer de cette découverte en l'appliquant au chien : il ne s'agirait plus que de « vacciner » tous les chiens, et il en serait fait de la rage! On garderait juste ce qu'il faut d'animaux enragés pour avoir du « vaccin ». Mais le nombre d'animaux soumis à l'expérimentation est-il suffisant pour se pro-

---

toutes préventions favorables ou défavorables, j'ose dire que M. Bouillaud ne méritait pas sa destitution. Les hommes qui ont concouru à cet acte sévère ignoraient le fond des choses ou ont cru bien faire en précipitant le dénoûment d'une intrigue qui pouvait tourner au drame. Je sais bien qu'en cette circonstance M. Bouillaud a manqué de cette adresse de main, de cette habileté de langage que donne seule l'habitude des affaires épineuses; je sais bien qu'on lui reproche quelques vices de forme, quelques infractions à ce qu'on appelle les convenances, mot commode et perfide sous lequel s'abritent toutes les lâchetés du cœur, toutes les défaillances de l'âme; mais je sais aussi, et c'est un besoin pour moi de le dire, que les motifs de M. Bouillaud, alors même qu'ils seraient erronés, n'en sont pas moins graves, austères et dignes de toute l'estime du Corps médical, au lieu de mériter cette déconsidération qu'on vient de faire peser sur lui.

L'avenir éclaircira ce que cette affaire présente actuellement et nécessairement d'obscur. M. Bouillaud a eu le malheur de n'être compris ni dans ses intentions, ni dans ses actes, ni dans son silence par les plus intéressés à le comprendre. Au lieu de le plaindre de sa destitution, nous l'en félicitons aujourd'hui, et plus cette destitution a été injuste dans le fond, brutale dans la forme et odieuse dans les procédés, plus on admirera ce qu'il lui a fallu de résignation et de courage quand la vérité sera connue.

Qu'on ne se méprenne pas d'ailleurs sur le sens véritable de ma pensée ; de quelques précautions que je sois obligé de l'envelopper, on irait au-delà de sa signification si on lui en donnait une autre que celle-ci : *erreurs, fautes administratives.* Et puisque, chose singulière et bizarre, c'est M. Bouillaud qui en porte toute la peine, j'invoque les saintes lois de la justice et je demande qu'on publie les pièces du procès. Il y a eu notamment un rapport fait à la Faculté de médecine de Paris, en mai 1848, par une commission composée de sept de ses

noncer définitivement; ceux-ci ont-ils reçu réellement du virus rabique dans les deux expériences auxquelles ils ont été soumis, l'injection intra-veineuse et l'inoculation consécutive; et, de plus, sait-on si le chien se comporterait comme le mouton, lui, le principal, pour ne pas dire l'unique propagateur de la rage? Car on n'a pas encore fait cette épreuve sur le chien. Il est juste d'ajouter que M. Galtier s'était empressé, dans sa note, de faire des réserves et de poser lui-même ces objections.

Ces expériences nous ont fait souvenir d'un travail, dû à un éminent physiologiste italien, sur le même sujet. Le professeur F. Lussana, dans un mémoire paru l'an dernier dans la *Gazzetta medica italiana* de Padoue, expose les résultats d'expériences faites sur des chiens auxquels il injecta dans les veines du sang provenant d'un homme enragé.

Le malheureux dont le sang servait ainsi la science était lui-même un savant : le docteur Agostino Marin, médecin aux environs de Padoue. « Vers le milieu du mois de janvier, dit M. Lussana, un médecin venait demander d'être admis dans notre hôpital. Mordu trois mois avant par un chien enragé, connaissant le sort inéluctable auquel il était soumis, il attendit avec résignation l'apparition des premiers symptômes. C'est avec une héroïque fermeté qu'il vint demander de mourir à l'hôpital, loin des siens, pour ne pas les attrister par le spectacle épouvantable d'une mort par la rage. »

5 grammes de sang extraits au malade au moyen de sangsues furent délayés dans 20 grammes d'eau distillée; 5 autres grammes de sang recueillis dans des ventouses appliquées sur les morsures des sangsues servirent à faire une solution semblable. Ces solutions urent filtrées et le microscope ne montrait dans le produit de la filtration aucun élément solide, ni globule blanc, ni globule rouge, ni microbes. Le 9 janvier, les deux solutions furent injectées séparément dans la veine fémorale de deux chiens.

Jusqu'au 1er février suivant, aucun changement notable ne se montra chez les deux animaux; mais le jour suivant, après avoir mangé et bu comme d'habitude, ils restèrent couchés dans un coin et ne se rendirent pas aux appels qui leur furent faits, on ne les entendit pas crier.

Le 3 février, le chien à qui la première solution avait été injectée resta couché dans son coin, et, le soir, on le trouva mort sur sa litière (vingt-quatre jours après cette transfusion d'un nouveau genre). A l'autopsie du chien, on trouva, en même temps qu'une rigidité cadavérique prononcée et une grande hypérémie gastro-intestinale, des fragments de paille dans l'estomac et dans le gros intestin. Ce dernier contenait aussi une grande quantité de sang noir. Il n'est fait mention d'aucune autre lésion.

Un gramme environ de salive fut prise dans la gueule du chien mort et déposée entre les lambeaux d'une petite plaie faite à un troisième chien sain. Ce dernier ne présentait rien d'anormal le 6 juillet, jour où il fut sacrifié.

Le deuxième chien, celui à qui on avait injecté la solution de sang recueilli dans des ventouses, resta triste et fuyait l'approche des chiens avec lesquels on le mit pendant quelque

---

membres; ce rapport est invoqué par les deux parties; pourquoi ne le livre-t-on pas à la publicité? Il y a eu sur ce rapport un rapport fait en conseil de l'Université; des deux côtés aussi on y renvoie; pourquoi ne pas nous mettre en mesure de le lire et d'apprécier nous-mêmes?

Quoi qu'il en soit, la Faculté de Paris est encore, à l'instant où j'écris, dans la situation la plus bizarre qui se puisse imaginer. La catholicité a eu deux papes à la fois, le pape de Rome et le pape d'Avignon; le beau royaume de France a eu deux rois, le roi de Bourges et le roi de Paris; mais jamais, que je sache, cette dualité souveraine ne s'était étendue jusqu'au décanat de notre Faculté. M. Bouillaud, qui a été investi de cette fonction au mois de mars dernier par un arrêté ministériel, ne veut céder la place que sur le vu d'un arrêté ministériel. Or, cet arrêté n'existe pas, il ne lui a pas été signifié, il n'a pas été inséré au *Moniteur;* en un mot, M. Bouillaud n'est encore destitué qu'officieusement, *in partibus,* si l'on peut ainsi dire, et par l'entremise très peu officielle d'un petit billet de M. Thénard. M. Bouillaud a beau écrire au ministre une fois, deux fois, trois fois; en vain s'adresse-t-il à la Presse pour indiquer ce que sa position a d'insolite et d'anormal; personne ne répond, rien n'arrive; ce que voyant, M. Bouillaud persiste à se croire doyen et à ne pas abandonner un poste qu'on ne lui dit pas de quitter. Aussi regarde-t-il comme non avenu tout ce qui a été fait depuis le 30 décembre. « Il n'y a plus de Faculté, s'écrie-t-il, il n'y a que des professeurs en révolte contre leur chef naturel et légal. »

D'un autre côté, M. Bérard, qui a été institué le 30 décembre, à huit heures du soir, aux flambeaux, par le chancelier même de l'Université, se croit bien et dûment institué, et il fonctionne en conséquence. Pendant que M. Bouillaud conserve au premier étage le décanat légal, mais inactif, M. Bérard exerce au rez-de-chaussée un décanat réel, signe, contresigne, ordonnance et gouverne. A vrai dire, la Faculté, comme autrefois la chrétienté, ne paraît

temps; au commencement du mois de juin, il se mit à pousser des cris plaintifs. Il continua ses cris le jour et la nuit. Il avait des frissons et des secousses musculaires. Il continuait à boire et à manger un peu, mais il avait des hallucinations, tournait la tête à droite et à gauche sans motif et ouvrait la gueule comme pour mordre dans l'air. Il poussait des aboiements rauques et montrait les dents quand un autre chien s'approchait. En résumant les symptômes qu'il présenta d'après l'auteur dans la suite de l'observation, on trouve un grand nombre des caractères de la rage : tristesse, isolement, aspect soupçonneux et menaçant, regard agressif, yeux rouges, museau hérissé, fureur à l'aspect d'autres chiens, agitation continuelle, grincement des dents.

Dans les premiers jours de juillet, on s'aperçut qu'il mordait sa porte où il avait pratiqué une forte entaille; il s'était mordu la muqueuse buccale et la pointe d'une oreille et perdait une assez notable quantité de sang par ces deux plaies.

Le 6 juillet, le laboratoire de l'Institut physiologique dut être évacué; le chien fut sacrifié. L'autopsie ne montra rien de remarquable.

Le professeur Lussana ne doute pas que cet animal soit mort de la rage, et il le démontre en mettant en regard des symptômes observés les signes auxquels on doit reconnaître cette maladie à ses différentes périodes, lesquels ont été exposés d'une façon si remarquable dans l'instruction ministérielle française (Mesures préventives contre la rage. Instructions ministérielles concernant les chiens, 1878).

Magendie, Breschet et d'autres ont réussi à communiquer la rage de l'homme au chien en inoculant de la salive à cet animal; le sang pourrait donc servir également de véhicule à cette terrible infection.

M. Galtier, de Lyon, a injecté dans les veines de ses sujets de la salive empruntée à un chien hydrophobique et non du sang; on voit que les conditions ne sont pas les mêmes. C'est peut-être dans l'excrétion salivaire que se trouve le germe modifiable au contact du sang de l'affection rabique.

Nous formons des vœux pour que M. Galtier vienne bientôt annoncer qu'il a réussi à donner l'immunité au chien comme il paraît l'avoir fait pour le mouton.

Nous devons dire en terminant que nous n'acceptons que sous réserves les conclusions de M. Lussana en raison de la longueur de la période morbide parcourue par l'animal sacrifié. Notre but, dans cette note, est uniquement de faire connaître les travaux entrepris par le savant physiologiste italien sur ce sujet, auquel M. Galtier vient de donner une actualité toute spéciale.

---

pas fort inquiète de tomber dans l'hérésie, à l'égard de ce conflit de souveraineté; elle accepte résolûment M. Bérard, elle s'arrête au rez-de-chaussée, et, chose penible à dire, pas un de ses membres n'a osé porter au premier étage au moins un serrement de main affectueux.

N'est-il pas très singulier que le ministre laisse ainsi se prolonger un tel état de choses? Pourquoi donc ce silence obstiné? C'est à n'y rien comprendre. Cette mystérieuse affaire se complique de plus en plus. J'avais cent fois raison de dire à mes confrères : Attendons! ne précipitons pas notre jugement : nous manquons des plus indispensables éléments d'appréciation. »

Je pourrais indéfiniment multiplier les souvenirs de mes relations avec M. Bouillaud. Je possédais plus de vingt lettres de ce maître qui a eu souvent l'extrême bienveillance de m'écrire plus ou moins confidentiellement.

Pris à l'improviste et ne sachant de quel côté me retourner pour payer mon tribut d'hommage et de regrets à mon illustre maître, j'ai cédé à la tentation de rappeler des souvenirs qui me sont précieux et chers.

Amédée LATOUR.

---

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Clinique chirurgicale.* — M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 9 novembre et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants.

La visite commencera à 8 heures 1/2.

## JOURNAL DES JOURNAUX

Le dernier numéro de la *Revue de chirurgie* (10 octobre 1881) contient les travaux suivants :

*De l'entorse juxtà-épiphysaire et de ses conséquences immédiates ou éloignées au point de vue de l'inflammation des os*, par Ollier. — L'auteur donne à son travail des conclusions étendues, qui suffisent pour s'en faire une idée juste :

1° L'entorse juxtà-épiphysaire est l'ensemble des lésions produites dans les régions juxtà-épiphysaires de la diaphyse des os longs, par les mouvements forcés des articulations.

2° Chez les jeunes enfants, surtout au-dessous de l'âge de 3 ans, les mouvements forcés des articulations ne déterminent pas de désordres articulaires appréciables ; ils produisent surtout des désordres dans le tissu osseux des régions juxtà-épiphysaires.

3° Ces désordres du tissu osseux consistent tantôt dans le premier degré des disjonctions diaphysaires, tantôt dans une fracture incomplète de la région juxtà-épiphysaire. Ils se produisent d'autant plus facilement que la consistance de l'os a été plus altérée, soit par le rachitisme, soit par toute autre affection aiguë ou chronique ayant troublé la nutrition du système osseux.

4° Comme ces lésions se font dans la profondeur de l'os, sous le périoste, elles passent souvent inaperçues, non-seulement aux yeux des cliniciens que la recherche des lésions articulaires a uniquement préoccupés, mais encore aux yeux des expérimentateurs qui ne s'y sont pas arrêtés, bien qu'ils les aient nécessairement produites dans toutes leurs expériences sur les disjonctions dites épiphysaires.

5° Ces désordres consistent dans les lésions suivantes : écrasement, tassement, fractures trabéculaires du tissu spongieux ; inflexion, torsion, infraction de la mince couche compacte périphérique, et comme conséquence de ces ruptures : expression du suc médullaire, épanchements sanguins dans le tissu spongieux et sous le périoste plus ou moins décollé.

6° Si l'effort continue : dépression permanente de la couche compacte périphérique du côté de la flexion (encoche juxtà-épiphysaire), fracture par arrachement, tension et déchirure du périoste du côté de l'extension. C'est à ce moment que se préparent et que bientôt s'effectuent la fracture ou le décollement de la diaphyse et sa luxation hors de la gaîne périostique.

7° L'entorse juxtà-épiphysaire est généralement sans gravité et se réduit à une torpeur douloureuse qui disparaît bientôt d'elle-même ; mais si l'enfant n'est pas soigné, et s'il est scrofuleux ou héréditairement prédisposé aux tubercules, l'entorse juxtà-épiphysaire sera l'origine fréquente d'ostéomyélites hâtives ou tardives, qu'expliquent le tassement et les fractures trabéculaires du tissu spongieux. Toutes les formes d'ostéomyélite peuvent être la suite des lésions de l'entorse juxtà-épiphysaire.

8° L'entorse juxtà-épiphysaire donne lieu à une tuméfaction plus ou moins douloureuse, mais très nette, de la région juxtà-épiphysaire, les articulations voisines restant libres. *C'est le symptôme caractéristique de cette lésion.* Il est dû à la tuméfaction du périoste décollé et à l'hyperplasie de sa couche ostéogène.

9° Ce qu'on a appelé *pronation forcée douloureuse, torpeur douloureuse* des jeunes enfants, s'explique par l'entorse juxtà-épiphysaire.

10° Pour prévenir les dangers de l'entorse juxtà-épiphysaire, il n'y a qu'à immobiliser le membre pendant un temps suffisant. Il faut donc examiner soigneusement chez les enfants les membres qui ont été le siège d'un mouvement forcé ou qui ont souffert dans une chute, et si l'on constate une tuméfaction juxtà-épiphysaire, douloureuse ou indolente, soigner ces enfants jusqu'à ce que l'os ait repris son volume normal.

*Des conditions qui contre-indiquent la réunion immédiate*, par Verneuil (travail lu au Congrès de Londres, le 8 août dernier). — La réunion immédiate, dit M. Verneuil, comme toute opération chirurgicale, reconnaît diverses causes d'insuccès qu'on peut ranger sous deux chefs : *exécution défectueuse, application intempestive.* Cette dernière est malheureusement commune, parce qu'on ne tient pas assez compte des *mauvaises conditions locales de la plaie*, de l'*infection du milieu ambiant*, des *maladies générales du patient.* Aussi le chirurgien doit-il avoir présents à l'esprit les préceptes que le savant professeur formule ainsi :

1° La réunion immédiate est tantôt fondamentale, obligatoire, tantôt accessoire, facultative.

2° Dans les deux cas, elle présente des indications très différentes, une utilité très inégale, mais toujours les mêmes chances d'insuccès et les mêmes dangers.

3° Il faut accepter ces chances et ces dangers, en cherchant sans doute à les atténuer autant que possible dans les cas où la réunion constitue toute l'opération, comme dans les anaplasties.

4° Mais, avant d'associer à une opération quelconque la réunion simplement adjuvante et

facultative, il faut chercher si le blessé n'est pas atteint de quelque état constitutionnel qui ferait rejeter ou ajourner chez lui une réunion anaplastique.

5° Si cet état est reconnu, il faut le combattre par les moyens appropriés; mais, s'il y a urgence ou si la thérapeutique ne peut plus rien, il faut s'abstenir, ne pas faire une tentative de réunion probablement inutile et dangereuse, et employer un autre pansement, qui, à défaut d'une guérison rapide, offrira du moins plus de sécurité et d'innocuité.

*Sur la résection tibio-tarsienne de cause pathologique*, par Georges Poinsot (de Bordeaux).— La résection tibio-tarsienne, dont on s'accorde à reconnaître la haute valeur dans les traumatismes graves du cou-de-pied, est loin de provoquer la même unanimité de sentiment quand il s'agit d'affections chroniques et en particulier de tumeur blanche.

Pour le cou-de-pied, dit l'auteur, comme pour toute autre articulation, l'intervention opératoire ne devient légitime que si les moyens ordinaires ont été employés avec persévérance. A vrai dire, la question doit être posée entre l'amputation et la résection, mais non entre la résection et la temporisation, toujours préférable.

M. Poinsot donne la relation d'un fait heureux qui lui est propre; puis, interrogeant les auteurs, il réunit une statistique de 42 observations sur lesquelles on compte 31 guérisons immédiates, 3 morts immédiates, et 8 amputations consécutives dont 1 suivie de mort. La proportion, déjà fort bonne, s'améliore par la discussion des faits.

Sur les 42 observations, le pansement de Lister compte à son actif 21 cas, dont 3 insuccès suivis d'amputations.

L'auteur se résume en peu de mots :

1° La résection tibio-tarsienne donne, dans la tumeur blanche de cette articulation, les résultats les plus satisfaisants, la mortalité inhérente à l'opération étant presque nulle et la proportion d'insuccès n'atteignant pas 15 p. 100.

2° Le pansement de Lister peut et doit être mis en usage dans la résection tibio-tarsienne comme dans les autres résections articulaires. — L.-G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Krishaber, Magitot et Mesnet qui se portent comme candidats à la place vacante dans la section des associés libres.

2° Une note de M. le docteur Langlebert, sur une méthode qui consiste en injections et pommades préalablement préparées avec la vaseline comme excipient et émulsionnées ensuite dans des quantités variables d'eau distillée.

3° Une note de M. Félix Hément, qui signale le fait suivant : Dans une institution de sourds-muets, on a constaté que les enfants auxquels la parole a été rendue avaient l'accent de leur pays, dès le premier moment où ils commençaient à parler.

—

M. Guéniot présente, en son propre nom, une brochure sur l'*Acupuncture comme moyen de diagnostic des polypes intra-utérins et du renversement de la matrice.*

M. Gueneau de Mussy (Henri) présente, au nom de M. le docteur Riant, une brochure intitulée : *Hygiène du cabinet de travail.*

—

M. le Président annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bouillaud, ancien président de l'Académie et l'un de ses membres les plus illustres.

Les obsèques de M. Bouillaud ont eu lieu samedi dernier. Les membres de l'Académie et la Faculté y assistaient en grand nombre. D'après la volonté expresse de M. Bouillaud, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe. M. le Président déclare que, en signe de deuil et pour honorer la mémoire de M. Bouillaud, il lève la séance.

## FORMULAIRE

### La créosote contre la diarrhée.

Dans la diarrhée simple, commune, Spinks et Kesteven ont donné avec succès de 2 à 5 gouttes de créosote, toutes les 3, 4 ou 6 heures, suivant l'intensité du mal. — Dans la dysenterie, des succès analogues ont été rapportés par le docteur Elmer, médecin américain, qui recommande la créosote à la dose d'une goutte, toutes les deux heures, diluée dans un véhicule approprié. A la troisième goutte, en général, le soulagement est manifeste. — En Angleterre, le docteur Wilmot s'est montré partisan de l'emploi de la créosote en lavements, contre cette maladie. Il en prescrit 4 gouttes dans uue décoction de gruau. — N. G.

## COURRIER

La population indigente. — Nous trouvons dans le projet de budget de l'Assistance publique qui vient d'être soumis à M. le préfet de la Seine, les renseignements suivants sur la population soumise à l'action de l'administration.

Le dernier recensement de la population indigente, effectué en 1880, a constaté qu'elle se composait de 46,315 ménages, comprenant 123,735 individus. Mais il faut considérer qu'à peine le recensement terminé, les contrôles des indigents se trouvent immédiatement augmentés d'un certain nombre d'inscriptions nouvelles qui proviennent soit d'omissions, soit de radiations erronées.

M. le directeur de l'Assistance publique a donc dû prévoir pour 1882 une population inscrite sur les contrôles de 125,000 individus, à laquelle il faut ajouter les malades traités à domicile, non inscrits sur les contrôles des indigents, au nombre de 48,500; les accouchées à domicile, au nombre de 16,000; enfin les nécessiteux qui ne reçoivent que des secours momentanés, au nombre de 30,000 : en tout, 219,500 individus.

Si à ce chiffre on ajoute les malades, enfants, vieillards entretenus dans les établissements de l'administration, qui sont au nombre de 137,518, les enfants assistés placés à la campagne et les enfants secourus dans leurs familles au nombre de 28,000, ainsi que ceux recueillis à l'asile Lambrecht, au nombre de 130, on arrive pour le total de la population qui, à divers titres, reçoit des secours de l'administration, au chiffre considérable de 385,148 individus.

En 1881, le nombre des lits affectés tant aux services hospitaliers proprement dits qu'aux services entretenus pour le compte du département de la Seine avait été de 22,000. Ce chiffre présente une augmentation de 200 lits environ sur celui de l'année dernière. Elle provient principalement de l'installation du petit asile d'orphelins créé récemment à Forges en vertu de la fondation Vitalis, et de 120 lits de vieillards et d'infirmes mis en service à l'hospice de la Salpêtrière et à l'hospice des Ménages. L'augmentation du nombre de lits produit naturellement un accroissement dans le nombre de journées. Ce dernier avait été évalué, l'année dernière, à 6,722,254; M. le directeur l'évalue cette année à 7,414,560, soit une augmentation de 692,306.

Pour subvenir à tant de misères, l'Assistance publique dispose d'un budget qu'on présume devoir s'élever pour 1882 à plus de 34 millions.

La maladie des écrevisses. — On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de *la maladie des écrevisses.* Mais les écrevisses sont, comme toutes les bêtes, sujettes à un grand nombre de maladies. Or, ce qu'on nomme *la maladie* des écrevisses est quelque chose de nouveau ou quelque chose comme un progrès à l'envers, fait par ce *petit poisson rouge qui marche à reculons*, comme disaient autrefois MM. de l'Académie.

Le docteur Harz s'est livré sur ce sujet à des recherches qui intéressent non seulement les gourmets, mais tous ceux qui cultivent l'écrevisse. La maladie est parasitaire; elle est due à la présence, dans le tissu musculaire, du *Distoma cirrigerum.* On en trouve de 100 à 200 sur une seule écrevisse. Les écrevisses qui en sont atteintes cessent de manger et se couvrent de taches; elles marchent sur la pointe des pattes, sont raides et embarrassées.

Le distoma appartient à cette catégorie d'animaux qui subissent des métamorphoses, qui ne se reproduisent qu'à la dernière, alors seulement qu'ils sont animal complet, et qui, à chacune de ces métamorphoses, habitent un animal différent. L'écrevisse prend ce parasite en mangeant des cadavres de poissons.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## UNE ÉPIDÉMIE D'ECTHYMA DANS LE SERVICE DES VARIOLEUX DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 14 octobre 1881,

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Messieurs,

La communication, que j'ai l'honneur de faire à la Société, a pour but de demander des conseils à mes collègues autant que d'exposer un fait nouveau. Chargé depuis bientôt une année du service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, je me trouve depuis plusieurs mois en présence d'une épidémie d'ecthyma.

La qualification d'épidémie, appliquée à une affection considérée le plus ordinairement comme simplement cachectique, paraîtra peut-être hasardée; je m'efforcerai de la justifier après que j'aurai signalé les particularités qu'a présentées l'ecthyma que j'ai observé.

L'ecthyma des varioleux paraît occuper de préférence la face antérieure de la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs; il n'est pas rare sur la face, mais son diagnostic présente à ce niveau des difficultés qui empêchent d'en apprécier exactement l'importance.

Souvent le développement de la pustule ecthymateuse est à tel point rapide qu'il est impossible d'en suivre les différentes phases; cette rapidité de développement s'observe surtout sur la poitrine et sur les mains, principalement dans les formes les plus intenses de la maladie. Mais, dans un certain nombre de cas, il semble évident que le point de départ de l'ecthyma est une ancienne pustule de variole : au moment où celle-ci est desséchée, on voit la croûte, qui lui avait succédé, s'entourer de nouveau d'une auréole congestive et se soulever légèrement par suite de la production d'une petite quantité de pus; puis rapidement l'auréole inflammatoire s'agrandit, l'épiderme se soulève dans une plus ou moins grande étendue, et la pustule d'ecthyma est formée.

D'autres fois, principalement aux membres inférieurs, l'ecthyma semble prendre naissance au niveau d'un poil; il se forme, en ce point, comme une petite pustule d'acné ou une petite masse d'apparence furonculeuse, qui bientôt s'agrandit pour former la pustule ecthymateuse.

Dans quelques cas, le liquide, qui a soulevé l'épiderme, reste pendant plusieurs heures transparent de telle sorte qu'il semblerait y avoir chez le même malade mélange de pemphigus et d'ecthyma.

Après quelques heures ou quelques jours, la pustule crève laissant à sa place une croûte jaune ou brunâtre, assez épaisse et irrégulière, qui, en tombant, laisse voir une surface rouge, recouverte d'un épiderme mince et entourée d'une collerette épidermique.

L'évolution totale d'une pustule jusqu'à guérison se fait ordinairement en une dizaine de jours. Rarement la maladie prend une forme ulcéreuse.

Le volume des pustules est très variable suivant les régions où on les examine : sur la poitrine, elles ont 1 centimètre de diamètre environ; sur les membres inférieurs, 2 à 3 centimètres; sur les membres supérieurs, et principalement sur les mains, elles peuvent arriver à former des phlyctènes considérables.

Il est rare qu'il n'y ait qu'une seule éruption de pustules; ordinairement, on peut constater plusieurs poussées successives.

L'éruption peut être discrète et ne donner naissance qu'à quelques rares pustules sur la face ou les membres, ou bien elle peut se généraliser et devenir confluente. Sur la face, il est souvent difficile de juger exactement l'abondance de l'éruption, parce que les croûtes de l'ecthyma se confondent avec celles de la variole. Chez quelques malades, on peut voir après plusieurs poussées éruptives toute la partie

antérieure de la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs recouverts d'une éruption tellement abondante que les pustules arrivent presque à se toucher.

L'ecthyma se manifeste ordinairement quelques jours seulement (quatre ou cinq jours au moins) après l'entrée des malades dans les salles; quand la dessiccation est rapide, il apparaît quand celle-ci est terminée; chez les malades qui suppurent et dont l'affection se prolonge, on peut voir les pustules de l'ecthyma et celles de la variole se développer à côté les unes des autres. Le développement de l'ecthyma paraît d'autant plus facile, son abondance d'autant plus grande, que la suppuration a été plus prononcée.

L'éruption est accompagnée de phénomènes généraux dont l'intensité paraît se proportionner à l'abondance des pustules : apyrétique dans les cas les plus légers, elle devient facilement fébrile quand l'éruption acquiert quelque abondance; elle peut être véritablement hyperpyrétique dans les formes confluentes; la température peut s'élever jusqu'à 41° et même 42°. En pareil cas, les phénomènes ataxo-adynamiques, la carphologie, le délire, la sécheresse de la langue apparaissent, et c'est alors qu'on voit des malades, qui avaient résisté à la variole, succomber à ce nouvel accident.

Quand l'ecthyma survient pendant la période de suppuration, il est impossible d'apprécier quelle part revient à chacun d'eux dans la production de la fièvre : mais quand l'ecthyma succède à la dessiccation, on peut se rendre compte de son influence sur l'élévation thermique; cette influence, facile à constater dans les observations que j'ai jointes à ce mémoire et dans les tracés que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, consiste dans le réveil et la prolongation du mouvement fébrile. Quand l'éruption se produit à l'époque de la fièvre à suppuration, on voit ordinairement coïncider avec son apparition une nouvelle élévation thermométrique souvent très accusée.

Dans les cas légers, la température oscille vers 38°; dans les cas graves, elle s'élève vers 40°, 41° et peut atteindre 42° au moment de la mort. Les oscillations quotidiennes sont souvent considérables, la température du matin étant beaucoup moins élevée que celle du soir. Cette fièvre, qui ne dure ordinairement que quelques jours, peut se prolonger pendant plusieurs semaines; elle n'a rien de régulier dans son allure; sa durée se proportionne au nombre des poussées éruptives; son élévation, à leur abondance.

Tel est, Messieurs, l'ecthyma que j'ai eu l'occasion d'observer chez les varioleux, accident survenant ordinairement au moment de la dessiccation et digne de fixer l'attention puisqu'il peut entraver sérieusement la convalescence, et même, dans quelques cas, heureusement rares, occasionner la mort. Voyons maintenant les raisons qui me font craindre qu'il ne s'agisse d'un accident contagieux et qui m'ont fait rassembler les différents faits que j'ai observés sous le nom d'épidémie.

Je ne saurais dire à quelle époque l'ecthyma a fait apparition dans mon service; le considérant, au début, comme simplement cachectique, comme un incident de convalescence, n'en connaissant pas toute la gravité, je laissai passer avec une certaine quiétude les premiers cas que j'observai; ce n'est qu'après avoir vu le nombre des cas se multiplier, l'accident entraver et retarder la plupart des convalescences, faire enfin périr quelques-uns de mes malades, que je lui prêtai toute l'attention que je trouve aujourd'hui qu'il mérite.

C'est dans ma salle d'hommes que j'observai les premiers cas de la maladie, dans le courant de l'hiver dernier; pendant des mois, je pus voir l'ecthyma atteindre plus ou moins la plupart de mes hommes convalescents, présenter chez eux l'allure et les différents degrés de gravité que je mentionnais tout à l'heure, alors que pas un cas de cette affection ne se présentait à mon observation dans le service des femmes, quoique je le recherchasse avec une minutieuse attention. C'est au mois de juin que l'ecthyma fit son apparition dans cette partie de mon service : jusque-là pas une femme n'était ecthymateuse, depuis lors presque aucune ne peut être atteinte d'une

variole quelque peu intense sans présenter ensuite dans ses formes plus ou moins graves l'accident que nous étudions.

Était-il admissible que du jour au lendemain toutes mes malades fussent devenues cachectiques, alors qu'auparavant aucune ne l'était? Ou n'était-il pas plus probable qu'un principe infectieux avait pénétré dans les salles et levait sur chacune son tribut?

En présence de ces faits, de cet ecthyma persistant pendant des mois dans mes salles d'hommes sans qu'il s'en produisît aucun cas dans mes salles de femmes, devenu l'habitude dans ces dernières comme dans les premières depuis qu'il y avait pénétré, n'était-il pas à craindre qu'il y eût là non point un simple accident de cachexie, mais la manifestation d'une maladie contagieuse? Je sais bien que le fait était loin d'être démontré; qu'on pouvait invoquer les hasards d'une série, les particularités d'une épidémie, bien que pour ce dernier argument il eût fallu admettre que les caractères de l'épidémie différaient totalement chez les hommes et chez les femmes : si la maladie était réellement contagieuse et non pas un simple épiphénomène de la variole, ne devait-elle pas frapper des personnes autres que les varioleux ?

C'est cette extension à des sujets non varioleux que j'attendais pour confirmer mes appréhensions sur la contagiosité de la maladie : pour voir si elle ne se produirait pas, je surveillais avec soin les personnes qui approchent ordinairement les varioleux, personnes peu nombreuses puisque ces malades sont confinés dans un pavillon d'isolement; j'ai pu arriver à constater deux faits d'ecthyma survenus dans ces conditions. Le premier se présenta à la fin du mois d'août chez l'infirmier du service des femmes : c'est un homme de 32 ans, vigoureux, sans antécédents pathologiques, non syphilitique. Quand je l'examinai, il était atteint depuis quinze jours d'une éruption qu'il considérait comme furonculeuse; c'était un ecthyma des plus nettement caractérisés et limité aux membres inférieurs; il y avait deux pustules au cou-de-pied gauche, une autre à la partie supérieure de la jambe, une quatrième à la partie supérieure et interne de la cuisse. L'ecthyma des jambes se cicatrisa rapidement après que le malade eut été soumis à l'administration de bains sulfureux; celui du pied persista plus longtemps et ne s'améliora sensiblement qu'après que le malade eut fait des lotions avec une solution de sublimé.

En cherchant s'il y avait quelque raison pour que cet infirmier eût contracté un ecthyma des pieds plutôt que d'une autre région, j'ai appris qu'il était en dehors de ses habitudes de porter des bas ou des chaussettes, que souvent même il travaillait nu-pieds dans les salles.

Dans le courant de septembre, mon interne présenta sur l'index droit une pustule d'ecthyma qui, après avoir débuté par un petit point acnéiforme, s'étendit graduellement jusqu'à acquérir un diamètre de 1 centimètre 1/2 environ.

Or, ni dans l'une, ni dans l'autre de ces observations, il ne semble qu'il se soit agi d'un ecthyma simplement cachectique : mon infirmier est un homme jeune et nullement cachectisé; mon interne, quoique travailleur sérieux, à qui je suis heureux de rendre ici justice, est d'une constitution vigoureuse qui lui a permis jusqu'ici de supporter le travail sans arriver à un état d'épuisement qui puisse justifier l'apparition d'un ecthyma cachectique.

Je crains fort que le premier n'ait dû son éruption à l'habitude qu'il avait de circuler et de travailler nu-pieds dans un milieu infecté; le second, au contact journalier des ecthymateux, ou, d'après lui, à ce fait qu'il avait quelques jours auparavant pratiqué le toucher vaginal chez une femme enceinte ecthymateuse.

Il n'est guère permis, Messieurs, à l'époque où nous vivons, de parler de maladie contagieuse, surtout d'affection cutanée, sans aller à la recherche du parasite causal; je me suis donc mis, dans ces derniers temps, à la poursuite du microbe. Dans des bulles pemphigoïdes, j'ai rencontré des spores rares et isolées; dans des pustules bien développées et suppurées, j'ai vu des spores plus nombreuses et réunies en chapelets, semblant arrivées à un degré de développement plus

avancé; dans des pustules d'ecthyma furonculeux, les spores étaient peu nombreuses et réunies par groupes de trois ou quatre. Je ne saurais dire la valeur exacte de ce parasite trouvé dans des recherches encore peu nombreuses, et je crois que, pour conclure quelque chose, il faudrait le cultiver et l'inoculer : ce sont recherches longues et délicates que je n'ai pu réaliser.

L'examen du sang ne m'a donné aucun résultat.

Tels sont, Messieurs, les faits qui me font craindre que mes malades ne soient pas de vulgaires cachectiques, mais qu'ils ne paient un tribut plus ou moins considérable à une maladie contagieuse. L'ecthyma ne serait pas seulement inoculable, comme l'a montré mon savant maître, M. Vidal, mais il existerait un ecthyma contagieux et épidémique; cette variété serait d'autant plus importante à connaître que le jour où elle trouve un terrain propice à son implantation et à son développement, comme le varioleux convalescent, elle peut devenir un accident grave et même mortel. Aussi le but de ma communication n'est-il pas seulement d'exposer les faits que je viens de rapporter, mais de demander à mes collègues les moyens qu'ils croiraient le plus utiles pour débarrasser mes malades et mes salles de cet accident parfois si grave. Pour ma part, j'ai tenté déjà quelques essais thérapeutiques en rapport avec l'opinion que j'ai exprimée sur la contagiosité de la maladie, et c'est de ces essais que je demande la permission de dire deux mots en terminant.

Depuis quelque temps, je fais faire sur le visage de mes malades des frictions à l'huile phéniquée; sur le reste du corps, des lotions avec une solution de sublimé au millième; je ne saurais dire au juste la valeur de ce traitement, que j'expérimente depuis peu de temps; il est certainement loin d'être infaillible, mais quelques faits récemment observés pourraient peut-être faire croire à son utilité : un malade qui n'avait eu aucune application topique sur la face, et dont le corps avait été lavé au sublimé, fut atteint d'ecthyma de la face, tandis que le corps en restait indemne. De deux malades couchés l'un à côté de l'autre, l'un fut frictionné et n'eut pas d'ecthyma, tandis que son voisin resta sans frictions et eut de l'ecthyma, quoique chez lui la variole eût été moins intense. Ces faits sont assurément trop peu nombreux pour être probants, mais ils pourront peut-être paraître encourageants. Je suis, du reste, porté à croire que les frictions, pour avoir bon résultat, doivent être pratiquées de très bonne heure, peut-être dès l'entrée des malades à l'hôpital; il semblerait, d'après le peu de faits que j'ai observés, qu'elles dussent être faites avant que le principe infectieux n'eût été semé et ne fût abrité par les croûtes de la variole.

Tels sont, Messieurs, les faits que j'ai eu l'occasion d'observer, l'impression qu'ils m'ont laissée. La Société me pardonnera, j'espère, de l'en avoir entretenue, car, s'ils étaient confirmés, ils ne manqueraient pas d'une certaine importance pratique.

*(La suite à un prochain numéro.)*

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1);

Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881

Par M. le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Malades actuellement en traitement.

Injections à 10 milligrammes.

OBS. CXXXII. — Marie H.-B..., 29 ans, domestique. Entrée le 13 septembre, salle Saint-Louis, lit n° 2. Antécédents scrofuleux. Début de la maladie il y a un mois.

*Examen.* — Chancres non infectants multiples de la vulve et du pourtour de l'anus; chancre infectant du col de l'utérus. Polyadénite inguinale aphlegmasique. Syphilide érythé-

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 22, 25, 30 octobre et 5 novembre.

mateuse du tronc et des membres. Adénite cervicale postérieure. Ganglion épitrochléen à droite et à gauche.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.; iodoforme; vin aromatique.

23 septembre. Les chancres non infectants se réparent; le chancre infectant du col utérin se cicatrise. Aucun accident dû aux injections.

7 octobre. Abcès de la glande vulvo-vaginale que l'on ouvre. Les syphilides cutanées pâlissent. Les chancres non infectants sont guéris; le chancre infectant est complètement cicatrisé. Aucun accident.

14 octobre. Les syphilides cutanées sont à peine visibles. 29 injections.

Obs. CXXXIII. — Marie S..., 21 ans, domestique. Entrée le 13 septembre, salle Saint-Louis, lit n° 3. Pas d'antécédents diathésiques. Bonne santé habituelle. Début de la syphilis il y a deux mois. La malade est enceinte de six mois. Le père est celui qui a donné la syphilis à la malade.

*Examen.* — Nombreuses végétations inflammatoires vulvaires. Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres et des plis génito-cruraux dont l'une est végétante. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Syphilides érythémateuses et papulo-squameuses du tronc et des membres; syphilides érosives des deux amygdales.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

23 septembre. Les syphilides cutanées pâlissent; les syphilides vulvaires s'affaissent.

30 septembre. Les syphilides vulvaires ont disparu, sauf la syphilide végétante du pli génito-crural gauche qui diminue; les cutanées ont presque disparu. Pas d'accidents locaux, pas de salivation.

7 octobre. La syphilide végétante s'affaisse presque totalement. Une injection mal faite est devenue douloureuse avec tuméfaction légère des téguments.

14 octobre. Amélioration considérable. La tuméfaction est résolue. 28 injections.

Obs. CXXXIV. — Thérèse C..., 26 ans, cuisinière. Entrée le 13 septembre, salle Saint-Louis, lit n° 7.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives et papulo-hypertrophiques des petites lèvres qui sont très tuméfiées. Céphalée; alopécie. Adénite inguinale double non douloureuse. Ganglion épitrochléen à droite et à gauche. Tuberculose pulmonaire au début. Souffle anémique de la base du cœur.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

23 septembre. Encore une petite syphilide papulo-érosive sur le bord libre de la petite lèvre gauche. Aucun accident.

30. Les syphilides vulvaires ont disparu. Nodosité à gauche, au niveau d'une piqûre mal aite, avec douleur sans inflammation.

14 octobre. La nodosité a disparu, ainsi que les syphilides. Aucun autre accident. 28 injections.

Obs. CXXXV. — Louise R..., 17 ans, couturière. Entrée le 20 septembre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 10. Antécédents scrofuleux (gourme, maux d'yeux, etc.). Soignée il y a sept mois, pendant un mois, à Lourcine pour syphilides vulvaires et cutanées remontant à quinze jours.

*Examen.* — Nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques et papulo-érosives des grandes et des petites lèvres qui sont très tuméfiées. Au pourtour de l'anus, il en existe également affectant une tendance ulcéreuse. Syphilide érythémateuse du tronc. Syphilide pigmentaire du cou. Adénite inguinale et cervicale non douloureuse. Alopécie, céphalée, courbature, insomnie. Fièvre syphilitique vespérale. Rien à la gorge.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

30 septembre. Syphilides vulvaires s'affaissent. Insomnie, céphalée, fièvre ont disparu. Petite nodosité dorsale sans inflammation. Pas de salivation.

7 octobre. Amélioration considérable des syphilides vulvaires et cutanées. Deux à trois petites nodosités dorsales sans inflammation. Pas de salivation.

14. Persistance de l'amélioration. Les nodosités dorsales ont disparu. 23 injections.

Obs. CXXXVI. — Victorine M..., 22 ans, domestique. Entrée le 23 août, salle Saint-Louis, lit n° 15. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Début il y a trois mois.

*Examen.* — Tuméfaction des petites lèvres, qui sont le siège de syphilides papulo-érosives multiples. Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres et du pourtour de l'anus. Syphilides papuleuses, papulo-squameuses et érythémateuses du tronc et des membres. Syphi-

lides érosives des amygdales. Polyadénite inguinale et cervicale; céphalée, alopécie, courbature, insomnie, algidité périphérique. Vulvo-uréthro-vaginite blennorrhagique.

*Traitement.* — Injections à 9 milligrammes jusqu'au 1er octobre, puis à 10 milligrammes. Kurgum; matico; cataplasmes Lelièvre dans le vagin. Dentition mauvaise.

9 septembre. Affaissement des syphilides vulvaires. Pas d'accidents.

16. Syphilide érosive du pli gingivo-buccal.

22. Légère gingivite. Chlorate de potasse.

30. Syphilides vulvaires ont disparu. Les cutanées ont considérablement pâli. Persistance de la blennorrhagie. Salivation peu considérable. Persistance de la stomatite, qui est d'ailleurs légère. On cesse les injections hypodermiques et on soigne la malade avec la solution interne de peptone mercurique à la dose de 5 milligrammes.

14 octobre. Amélioration considérable. 35 injections.

Obs. CXXXVII. — Pierrette B..., 18 ans, tailleuse de limes. Entrée le 22 octobre 1880, salle Saint-Louis, lit n° 8. Antécédents scrofuleux. Début de la syphilis il y a dix-huit mois. Soignée depuis un an dans le service avec la liqueur de van Swieten. Syphilides vulvaires, cutanées et buccales confluentes. Les accidents syphilitiques ne s'amendant pas, de nouvelles syphilides érosives des amygdales et de la langue, des syphilides ulcéreuses sur les jambes ayant apparu, on soumet la malade au traitement par les injections hypodermiques : injections à 8 millig. à partir du 11 août, à 10 millig. à partir du 1er octobre.

11 août. Syphilides érosives multiples à tendance ulcéreuse de la langue, du pli gingivo-buccal gauche; nombreuses syphilides ulcéreuses, serpigineuses de la jambe gauche s'étendant de la région sus-malléolaire à la tubérosité antérieure du tibia. Rien à la peau.

18 septembre. Les syphilides buccales se réparent ainsi que celles de la jambe. Pas d'accidents.

Du 18 septembre au 14 octobre. Les syphilides buccales et celles de la jambe s'améliorent considérablement. Cicatrisation lente. Aucun accident. 61 injections.

Obs. CXXXVIII. — Louise M..., 19 ans, domestique. Entrée le 27 septembre, salle Saint-Alexis, n° 12. Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques multiples des grandes lèvres et du pourtour de l'anus; syphilide érythémateuse du tronc. Ganglion épitrochléen à droite et à gauche.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

7 octobre. Les syphilides vulvaires et anales commencent à s'affaisser. Sclérème des grandes lèvres. La roséole pâlit. Pas d'accident; pas de salivation.

14 octobre. Persistance de l'amélioration. Pas de nouvel accident syphilitique. Pas d'accident dû aux injections. 16 injections.

Obs. CXXXIX. — Marianne L..., 26 ans, ouvrière. Entrée le 20 septembre, salle Saint-Louis, lit n° 14. Début de la syphilis il y a deux mois.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres, érosives des petites lèvres, érythémateuses du tronc. Polyadénite inguinale et cervicale non inflammatoire.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

7 octobre. Syphilides vulvaires s'affaissent. Les syphilides cutanées pâlissent. Pas d'accidents locaux; pas de salivation.

14 octobre. La malade est presque complètement guérie. Aucun accident dû aux injections. 21 injections.

Obs. CXL. — Marie M..., 19 ans, journalière. Entrée le 4 octobre, salle Saint-Louis, lit n° 18. Quelques antécédents scrofuleux. Début de la syphilis il y a un mois.

*Examen.* — Tibialgie, insomnie, alopécie. Très nombreuses syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques et érosives de la vulve, de l'anus, des plis génito-cruraux. Polyadénite inguinale aphlegmasique. Syphilide érythémateuse et maculeuse du tronc et des membres, très confluente. Rougeur et syphilides érosives des amygdales. Adénite cervicale postérieure.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

14 octobre. Les syphilides ont considérablement diminué. Les syphilides cutanées pâlissent; les amygdaliennes sont guéries. Aucun accident; pas de salivation; 8 injections.

Obs. CXLI. — Léonie R..., 22 ans, couturière. Entrée le 26 septembre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 19. Début il y a deux mois et demi.

*Examen.* — Quelques syphilides papuleuses dans le pli génito-crural droit. Syphilide érythémateuse des membres inférieurs. Quelques syphilides papulo-squameuses annulaires du

tronc, du cou, de la face. Syphilides érosives des amygdales et de la langue. Adénite cervicale, inguinale, épitrochléenne aphlegmasique. Céphalée, insomnie, courbature.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

7 octobre. Vulve guérie; les syphilides amygdaliennes ont disparu. Persistance des syphilides cutanées.

14. 15 injections. Aucun accident.

OBS. CXLII. — Pauline S..., 21 ans, culottière. Entrée le 13 septembre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 20. Pas d'antécédents diathésiques. Début de la syphilis il y a trois mois.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives multiples des grandes lèvres qui sont très œdématiées, des petites lèvres, des plis génito-cruraux. Syphilides érythémateuses et papuleuses du vagin et du col utérin. Syphilide érythémateuse du tronc et des membres inférieurs. *Chancre infectant* de l'orifice cervico-utérin pénétrant dans la cavité du col.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

30 septembre. Syphilides vulvaires s'affaissent. Pas d'accidents locaux, pas de salivation.

7 octobre. Les syphilides vulvaires ont disparu. Le chancre du col se répare; les syphilides vaginales pâlissent. Aucun accident.

14. Les syphilides vaginales ont disparu. Les syphilides cutanées pâlissent. Aucun accident, pas de salivation, pas de gingivite. 21 injections.

*(La suite dans un prochain numéro.)*

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE. — Discussion sur les accidents tardifs de certaines coxalgies. — Présentation de malade : Tic douloureux grave de la face traité avec succès par l'élongation du nerf lingual. — Sur le décollement de la rétine.

M. Théophile ANGER demande à présenter quelques observations sur la communication faite par M. Verneuil dans l'avant-dernière séance, et relative aux déviations tardives de certaines coxalgies à forme sèche et indolente. Suivant M. Verneuil, la première période étant caractérisée par l'allongement apparent du membre, c'est à la contraction des muscles fessiers que cet allongement doit être attribué. Lorsque, plus tard, surviennent la flexion et l'adduction de la cuisse, c'est que ces mêmes muscles fessiers étant paralysés laissent prédominer l'action des fléchisseurs et adducteurs qui, dès lors, entraînent la cuisse dans la flexion et l'adduction.

M. Anger déclare qu'à son avis la théorie de M. Verneuil ne saurait être admise d'une manière générale. En effet, il a eu tout récemment à observer une enfant de 6 ans qui se trouve dans la première phase de la maladie. La mère s'était aperçue que l'enfant boîtait légèrement en marchant. Un examen attentif fait en avril dernier par M. Anger, avec M. le docteur Legroux, médecin de la famille, leur fit porter le diagnostic de coxalgie sèche, indolente. Au mois d'août, nouvel examen, pas de changement. Vers le 15 octobre, troisième examen; on constate du côté malade un allongement de 2 centimètres; l'enfant étant couchée horizontalement, les mouvements de rotation sont moins étendus à gauche (côté malade) qu'à droite; ni déformation, ni gonflement; ni chaleur au niveau de l'articulation; pas d'ensellure; mouvements spontanés ou communiqués de flexion et d'abduction plus limités à gauche qu'à droite. L'enfant se défend dès que l'on force un peu la flexion ou l'abduction; un procédé de mensuration très minutieux permet de constater que la jambe et la cuisse, du côté malade, ont chacune, sur la jambe et la cuisse saines, un excès de longueur de 1 centimètre. La température des deux segments du membre malade est également un peu plus élevée (2 dixièmes) que celle des deux segments du membre opposé.

Il y a claudication sur la jambe droite, plus courte, quoique saine. Il n'existe pas de contracture des muscles fessiers, à laquelle M. Verneuil attribue l'allongement apparent dans la coxalgie. Il s'agit ici, non d'un allongement apparent, mais d'un allongement trophique, *réel*, sans contracture appréciable des muscles fessiers. Donc la théorie de M. Verneuil est incomplète et ne saurait être applicable à tous les cas.

Quant à la seconde période de la coxalgie, caractérisée par la flexion et l'adduction du membre, attitude que M. Verneuil attribue à la rupture d'équilibre entre les forces musculaires abductrices et adductrices de la cuisse, à la paralysie des muscles fessiers et à la pré-

dominance d'action, ou à la rétraction des muscles fléchisseurs et adducteurs du membre; quant à cette deuxième période, M. Anger ne saurait non plus admettre absolument l'hypothèse de M. Verneuil. Pour lui, cette nouvelle attitude du membre serait due principalement à l'altération commençante des surfaces articulaires, conduisant à une troisième période pendant laquelle apparaîtront d'abord l'usure réciproque des surfaces et, finalement, une luxation ou une subluxation de la tête du fémur sur le sourcil cotyloïdien. M. Anger appuie cette manière de voir sur quatre observations de coxalgies de ce genre qui ont abouti ou sont en train d'aboutir à une luxation dans la fosse iliaque.

Du reste, M. Anger ne saurait admettre avec M. Verneuil que la paralysie des muscles fessiers suffise pour que leurs antagonistes fléchisseurs entraînent le membre dans la flexion. Il observe, en effet, depuis six mois, un enfant qui, malgré l'atrophie complète des muscles fessiers et l'intégrité absolue des muscles fléchisseurs, conserve son membre dans la direction normale.

D'autres causes doivent donc s'ajouter à la paralysie des fessiers pour entraîner l'attitude vicieuse dont il s'agit. Il faut, suivant lui, tenir grand compte de la lésion articulaire qui joue ici le rôle le plus important; les contractures réflexes des muscles peuvent bien jouer un rôle, mais de seconde ligne.

Le traitement de la coxalgie ne doit donc pas se borner à combattre la parésie des muscles au moyen des courants faradiques, mais il doit encore s'efforcer d'arrêter la marche de l'usure et de la résorption des surfaces articulaires, et, enfin, de s'opposer au déboîtement de l'articulation. M. Anger a recours, dans ce but, aux pointes de feu, au nombre de cent ou cent cinquante, sur la région trochantérienne. En second lieu, il conseille le repos horizontal longtemps prolongé. Si la seconde période s'annonce par la flexion de la cuisse, il fait alors porter un appareil construit sur ses indications par M. Collin et que M. Anger met sous les yeux de ses collègues. Cet appareil lui semble répondre à la plupart des indications de la deuxième période la coxalgie.

M. Verneuil fait observer que, dans sa communication, il s'est borné à l'exposé d'un point particulier. Il s'agissait d'une enfant traitée d'une coxalgie de médiocre gravité et qui paraissait complètement guérie. M. Verneuil avait fait cesser l'usage de tout appareil, et puis, sans doute, sans ombre d'inflammation, la cuisse vint à se fléchir peu à peu et à prendre une attitude vicieuse. En cherchant à se rendre compte de ce fait, M. Verneuil ayant constaté la paralysie des muscles fessiers avec contracture des muscles fléchisseurs de la cuisse, a cru pouvoir attribuer l'attitude du membre à la paralysie des fessiers, vu d'ailleurs l'absence de tout symptôme inflammatoire dans l'articulation de la hanche. Mais il se défend d'avoir voulu appliquer cette théorie à tous les cas de coxalgie.

Faisant ensuite, à l'occasion de ce fait, une excursion dans le champ de la coxalgie, M. Verneuil a été amené à chercher à se rendre compte de la cause du changement de l'attitude vicieuse dans les deux périodes de la maladie, ou, en d'autres termes, de la métamorphose de la première période dans la seconde. Il n'a pas cru devoir parler des lésions articulaires, qui sont trop évidemment la cause première, le point de départ de la maladie; il n'a entendu traiter que des lésions musculaires qui sont secondaires, président à la formation des attitudes vicieuses et sont seules capables d'en rendre compte.

La coxalgie commence par une première attitude, allongement et abduction du membre, déterminés par la contracture des muscles fessiers auxquels se propage d'abord l'inflammation articulaire; puis, à un moment donné, tantôt lentement, tantôt brusquement, l'attitude change; à l'abduction et à la rotation en dehors succèdent l'adduction, la rotation en dedans et la flexion. Il a pensé que, comme dans le cas particulier qu'il a communiqué, cette transformation d'attitude était due à la contracture des muscles psoas et adducteurs, antagonistes des muscles fessiers paralysés. Quant à la troisième phase de la coxalgie dont a parlé M. Anger, M. Verneuil n'avait pas à s'en occuper.

M. Le Dentu a observé un cas tout à fait analogue à celui de M. Verneuil. Depuis six ans, il soigne une enfant, aujourd'hui âgée de 12 ans, qui, au début, a présenté les symptômes d'une coxalgie semblable à celle de la malade de M. Verneuil. L'enfant fut placée dans un appareil inamovible; il n'y avait pas eu à faire chez elle le redressement du membre, car il n'existait pas de flexion. Elle resta longtemps dans la gouttière de Bonnet; puis M. Le Dentu, la considérant comme guérie, l'envoya à Aix-les-Bains pour y faire une cure par les eaux minérales et le massage, comme supplément surérogatoire de traitement. Or, voici que, depuis dix-huit mois, M. Le Dentu a constaté un retour de la flexion de la cuisse sur le bassin, avec réapparition de l'ensellure. Après un essai infructueux d'application d'un nouvel appareil, il a fallu se résoudre à pratiquer le redressement. Il y avait saillie du grand trochanter

et aplatissement très marqué de la fesse dus sans doute à l'atrophie des muscles de cette partie par suite de la compression exercée par l'appareil.

M. Le Dentu a pratiqué le redressement au mois de mars, après chloroformisation de l'enfant. Il constata, à ce moment, une grande résistance au redressement, bien qu'il fût assuré d'avance qu'il n'existait pas de rétraction musculaire. M. Le Dentu dut exercer un effort considérable et ce ne fut qu'au bout de quelques minutes, et après des craquements indiquant des déchirures soit fibreuses, soit musculaires, qu'il parvint à placer le membre dans la position normale.

L'enfant fut placée à deux reprises dans un appareil inamovible; elle en a été retirée depuis cinq mois; la guérison, avec un peu de raccourcissement du membre et saillie du grand trochanter, aplatissement de la fesse, etc., se maintient depuis cette époque; l'attitude vicieuse n'a point reparu, bien que les muscles de la fesse soient restés atrophiés. Ce fait paraît à M. Le Dentu être en contradiction avec la théorie de M. Verneuil.

M. Verneuil avoue franchement que l'observation de M. Le Dentu l'embarrasse beaucoup; il y a eu là probablement quelque circonstance particulière, par exemple une paralysie du triceps fémoral qui s'observe avec un degré de fréquence extraordinaire. Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible de méconnaître dans le cas de sa petite malade l'influence de la paralysie des muscles fessiers sur l'attitude vicieuse du membre. C'est là un fait qu'il a apporté à l'appui d'une théorie encore incomplète, mais dont les faits ultérieurs pourront démontrer l'exactitude.

M. Trélat ne veut pas toucher au fait de M. Verneuil. Il veut seulement déclarer que depuis qu'il voit des malades il n'a observé que deux cas de guérison complète de coxalgie, celui d'une jeune fille aujourd'hui mariée, et celui d'un jeune garçon. Tous ses autres malades ont conservé des altérations définitives plus ou moins notables; tous ont présenté à des degrés divers des phénomènes de retour, de rechute, absolument comparables à ceux qu'ont présentés les malades de M. Théophile Anger et de M. Le Dentu. Cette rareté si grande de la guérison absolue de la coxalgie est digne d'attention. M. Trélat a été consulté pour un petit garçon déjà soigné depuis longtemps par de nombreux médecins, et chez lequel tous les phénomènes morbides se reproduisaient, dès qu'il sortait de sa gouttière et qu'il se remettait à marcher. Le père lui a fait parcourir le monde à la recherche d'un traitement définitivement curateur, et l'enfant est revenu finalement avec une luxation du fémur malade.

Un autre petit malade est soigné par M. Trélat depuis l'âge de 4 ans; il a aujourd'hui 14 ans. Chaque fois que cet enfant se remet à marcher, il a une rechute des accidents. M. Trélat cite d'autres exemples du même ordre. Il se résume en disant que tous les phénomènes dont il est question lui paraissent appartenir à la coxalgie, affection profonde, à marche insidieuse, qui persiste pour ainsi dire indéfiniment, alors même que l'on croit les malades guéris, car dès que ces malades, chez lesquels tous les symptômes morbides semblent avoir disparu depuis un temps plus ou moins long, se remettent à marcher ou à courir, les accidents se reproduisent. La coxalgie est une maladie présentant un ensemble complexe dont la racine est dans l'inflammation chronique de l'articulation de la hanche, inflammation qui persiste et qui dure en puissance alors même que toutes les manifestations actuelles paraissent complètement éteintes.

M. Ollier, membre correspondant à Lyon, qui assiste à la séance, dit que la récidive des accidents est la règle dans la coxalgie vraie. Les prétendus cas de guérison signalés au bout d'un ou deux ans ne sont que des synovites légères. Mais lorsqu'il y a altération des cartilages et de la surface de l'os, même superficielle, la coxalgie ne guérit pas au bout de un ou deux ans, mais elle persiste pendant dix et quinze ans. Il est du devoir du médecin d'avertir les parents de ces conditions fâcheuses de la maladie. L'ankylose est, en général, la terminaison la plus favorable de la maladie; en dehors d'elle, les récidives de la déformation sont inévitables. Le poids du corps, la marche amènent l'usure des surfaces articulaires, et quand il se forme une nouvelle articulation celle-ci s'entoure d'un tissu peu stable que le moindre refroidissement enflamme. Il peut y avoir des inflammations articulaires sans douleur apparente. Dans ces cas, la coxalgie persiste sans que les malades accusent de la douleur; la résolution de l'inflammation ne s'opère que d'une manière insuffisante pour permettre la marche, et les accidents reparaissent dès que l'on enlève l'appareil inamovible. L'inflammation suit son cours d'une manière insidieuse et l'on voit survenir des luxations chez des enfants qui n'ont jamais eu d'abcès.

Ainsi la coxalgie, quand elle est assez profonde pour atteindre les cartilages et les os, entraîne inévitablement les déformations secondaires. Bonnet avait eu une illusion; il avait cru que l'on pouvait guérir la coxalgie avant l'apparition des accidents secondaires. A l'heure

qu'il est, on ne saurait plus partager cette illusion et considérer les malades comme guéris tant que l'ankylose ne s'est pas produite. Toutes les fois que, dans ces conditions, le chirurgien permet au malade de marcher, n'importe avec quel appareil, on voit la récidive se manifester. Il n'y a qu'un moyen de l'empêcher, c'est de faire marcher les malades avec des béquilles de manière que le pied ne touche pas le sol. L'usage des béquilles doit être continué très longtemps, même pendant plusieurs années. Et encore on n'est pas sûr du résultat définitif, tant qu'il existe de la mobilité entre les surfaces articulaires, c'est-à-dire tant que ces surfaces n'ont pas été soudées par l'ankylose. Cette soudure est la meilleure terminaison que l'on doive rechercher, surtout lorsqu'il s'agit de malades ayant besoin de gagner leur vie en travaillant.

M. Verneuil admet parfaitement que toute coxalgie arrivée à un certain degré laisse des traces non équivoques de son passage. Mais il n'accepte pas que la guérison de la coxalgie soit impossible. Il ne saurait prendre pour des récidives ces cas dans lesquels un enfant est resté pendant plus d'un an sans douleur, ni difformité, ni gêne des mouvements. Oui, suivant M. Verneuil, l'enfant est guéri; puis, lentement, l'attitude vicieuse se reproduit, mais non par retour des accidents inflammatoires intra-articulaires; la déformation est alors le résultat de la paralysie musculaire, et la preuve c'est qu'elle guérit par la faradisation des muscles paralysés.

M. Verneuil ne parle pas ici de ces coxalgies qui s'accompagnent d'altération des os, mais de ces coxalgies dites rhumatismales qui ne suppurent jamais, bien qu'elles puissent s'accompagner de symptômes plus ou moins graves au début. Celles-ci peuvent guérir sans ankylose et sont rarement sujettes aux récidives. M. Verneuil a, dit-il, sur le pavé de Paris, bon nombre d'enfants qu'il a soignés et guéris de coxalgies et qui marchent parfaitement, sans claudication, sans béquilles, sans appareil d'aucune sorte. Il en a chez lesquels, depuis des années, la maladie est restée absolument stationnaire, sans récidive.

M. Trélat dit que le cas de la petite malade de M. Verneuil, point de départ de cette discussion, est rare, vu le long temps écoulé entre la guérison apparente et la récidive. La coxalgie, on ne saurait trop le répéter, est une maladie à marche très longue et très lente, que l'on peut considérer comme guérie alors que dure encore le cours de son évolution. Ainsi que l'a si bien dit M. Ollier, les coxalgies avec altérations osseuses suffisamment profondes, usure et déformation des surfaces articulaires, ces coxalgies ne clôturent le cours de leurs représentations, si l'on peut ainsi dire, que lorsque l'ankylose est produite.

Quant à ces maladies guéries sans traces, dont parle M. Verneuil, ce sont des cas légers qui méritent à peine le nom de coxalgie. Encore une fois, la coxalgie est une maladie à marche lente, d'une très longue durée et dans laquelle la rechute est toujours posible, même après des espaces de temps très considérables de guérison apparente.

M. Ollier constate que M. Trélat et lui sont de l'avis de M. Verneuil relativement à la curabilité complète des synovites rhumatismales que l'on comprend peut être à tort sous le nom de coxalgie. Mais lorsqu'il s'agit de ces coxalgies que l'on observe chez les enfants scrofuleux, toutes les fois qu'elles atteignent les cartilages et les os, même superficiellement, dans ces cas, la récidive est toujours à craindre, même pendant dix et douze ans.

Au sujet du traitement de cette forme de la coxalgie, M. Ollier ne saurait trop recommander aux praticiens de s'abstenir avec le plus grand soin du massage et des eaux minérales. Pour lui, il les redoute et les considère comme le plus sûr moyen d'amener la suppuration. Un enfant qui, depuis neuf ans, paraissait guéri de sa coxalgie, a été envoyé à Aix-les-Bains et en est revenu avec un abcès.

M. Théophile Anger dit qu'il ne saurait accepter le reproche que lui a fait M. Verneuil d'être sorti de la question. M. Verneuil est venu porter à la tribune une théorie d'après laquelle il explique la première attitude du membre, dans la coxalgie, par la contracture des muscles fessiers, et la deuxième attitude par la paralysie des mêmes muscles. Or, M. Anger a observé une malade qui avait un allongement du membre sans contracture des muscles fessiers, un allongement *trophique*, réel, et cela dans un cas absolument semblable à celui de M. Verneuil, pour la forme de la coxalgie, qui était une coxalgie sèche, indolente, sans abcès.

M. Verneuil dit qu'il regrette de n'avoir pas été compris ou, du moins, de s'être mal fait comprendre. Dans ces conditions, il renonce à poursuivre une discussion qui pourrait se prolonger indéfiniment sans aboutir.

— M. Le Dentu présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès l'élongation du nerf lingual pour un tic douloureux de la face, avec convulsions épileptiformes. La douleur

avait son siège dans la région temporale, l'oreille, le maxillaire inférieur et le côté gauche de la langue. Cette névralgie épileptiforme durait depuis cinq ans, mais elle avait pris depuis le mois de juin dernier un caractère d'atrocité vraiment insupportable. C'était surtout dans le côté gauche de la langue qu'existait la douleur la plus aiguë.

M. Le Dentu eut l'idée de pratiquer l'élongation du nerf lingual en vue de soulager la malade, mais sans espérer le moins du monde que cette opération pourrait avoir un effet quelconque sur les autres points qui étaient le siège de la névralgie. Après avoir dénudé et isolé le nerf, la pointe de la langue étant bien fixée à l'aide d'un fil un peu fort dont elle était traversée et que tenait un aide, M. Le Dentu souleva doucement le nerf à l'aide d'un petit crochet à une hauteur de 12 millimètres environ au-dessus de la muqueuse buccale, puis l'ayant maintenu ainsi quelques instants il l'a laissé retomber dans la bouche. Il a constaté à ce moment que le nerf était dans un état de flaccidité complète, décrivant une sorte de zigzag par suite de l'élongation qu'il venait de subir.

M. Le Dentu ne s'attendait pas à un résultat immédiat, vu la longue date de la maladie. Cependant, à partir du deuxième jour après l'opération, la malade a commencé à dormir; aujourd'hui, c'est-à-dire treize jours après l'opération, les douleurs ont complètement cessé, non seulement dans la langue, mais encore dans la région temporale; la malade ne souffre plus que très légèrement au-dessus de l'angle de la mâchoire. Elle dort et mange parfaitement. Elle peut donc être considérée comme guérie, du moins temporairement. Reste à savoir si la guérison sera durable.

M. Le Dentu ajoute qu'il a pratiqué également avec succès, antérieurement à l'opération précédente, la résection du nerf auriculo-temporal dans un autre cas de tic douloureux de la face.

M. Polaillon dit qu'il a pratiqué, il y a trois mois, l'élongation du nerf dentaire inférieur, pour une névralgie très violente de ce nerf, et la malade est restée guérie depuis cette opération.

M. Nicaise appelle l'attention sur la possibilité d'accidents plus ou moins graves à la suite d'opérations de résection pratiquées sur les nerfs de la face. Suivant lui, il n'en est pas des nerfs crâniens comme des nerfs rachidiens au point de vue des résultats opératoires, et il y a lieu de faire de grandes réserves au sujet des opérations pratiquées sur les premiers, en particulier sur le trijumeau, à cause du retentissement fâcheux que le traumatisme peut avoir sur le ganglion de Gasser. M. Nicaise a vu des accidents sérieux survenir à la suite de la résection du nerf sous-orbitaire.

M. Tillaux appuie la manière de voir de M. Nicaise. A la suite de l'ablation du maxillaire supérieur, la lésion du nerf pendant cette opération a produit la fonte purulente de l'œil. Suivant M. Tillaux les tractions violentes exercées sur le nerf maxillaire supérieur sont capables de produire des troubles trophiques aboutissant à la fonte purulente du globe oculaire.

— M. le docteur Boucheron fait une communication relative au *décollement de la rétine.*

Dr A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## FORMULAIRE

### Traitement de la diphthérie. — Morell Mackensie.

Dans le cas d'angine diphthéritique chez l'enfant : séjour au lit dans une chambre bien aérée, glace dans la bouche, vessie remplie de glace autour du cou, nourriture substantielle, alcoolisée. — S'il existe déjà des symptômes d'intoxication générale, perchlorure de fer à la dose de 20 à 30 gouttes, dans une petite quantité de glycérine, chlorate de potasse à la dose de 0 gr 50 à 1 gramme. Dans le cas de symptômes accusés d'inflammation catarrhale, on recourt aux balsamiques. On peut en même temps, toucher les parties malades avec une solution d'hydrate de chloral ou avec une solution d'acide lactique (1 gramme pour 30 grammes d'eau). — Si la maladie progresse, que les fausses membranes s'épaississent et s'étendent, on remplace la glace par des inhalations de vapeurs chaudes, et des pulvérisations chaudes de liquides antiseptiques, en même temps qu'on sature l'air de la chambre de vapeur d'eau. A cette même période, le sulfo-carbonate de soude rend de réels services. Dans le cas où la diphthérie se propagerait au larynx et aux fosses nasales, on dirigerait sur ces régions les pulvérisations antiseptiques, et on soutiendrait les forces au moyen d'un traitement reconstituant et d'une alimentation substantielle. — Les vomitifs sont indiqués pour expulser les fausses membranes du larynx; enfin en cas d'insuccès on recourt à la trachéotomie. — N. G.

## COURRIER

La fièvre jaune au Sénégal. — Le consul de France à Lisbonne a adressé le télégramme suivant au ministre de la marine :

« L'état sanitaire est plus mauvais au Sénégal.

« Il y a quinze jours, un cas mortel de fièvre jaune a été signalé à Dakkar ; le 17 octobre, trois décès à Gorée ; du 19 au 25, plusieurs cas graves à l'hôpital de cette même ville. Il est à craindre que l'épidémie ne se développe encore.

« Parmi les quatre décès de Gorée et de Dakkar se trouvent une sœur des écoles chrétiennes et le lieutenant de vaisseau Pilloux.

« A Saint-Louis, deux nouveaux décès : un soldat et le lieutenant Levaillant de Viaux. »

Pauillac, 4 novembre.

Le *Castor*, qui revient du Senégal, suspect de fièvre jaune, a été dirigé sur Rochefort au lieu de Toulon.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 10 novembre 1881, à 4 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Le professeur exposera dans la première leçon l'histoire des Livres hippocratiques.

Hôpital de la Charité. — *Clinique chirurgicale.* — M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 9 novembre et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants.

La visite commencera à 8 heures 1/2.

École d'anthropologie. — Ouverture le 14 novembre 1881, à 4 heures. — Anthropologie préhistorique, M. de Mortillet, lundi à 4 heures. — Anthropologie zoologique, M. Duval (Mathias), mardi à 5 heures. — Anthropologie anatomique, M. Topinard, mercredi à 4 heures. — Ethnologie, M. Dally, vendredi à 4 heures. — Démographie, M. Bertillon, vendredi à 5 heures. — Géographie médicale, M. Bordier, samedi à 4 heures.

PROGRAMME DES COURS DU SEMESTRE D'HIVER 1881-1882.

*Anthropologie zoologique.* — Anthropogénie et Embryologie comparée des Vertébrés. — Le Professeur étudiera le développement et la morphologie comparée de la face et du crâne, ainsi que le mécanisme des muscles de la face dans l'expression des passions.

*Anthropologie anatomique.* — Des caractères anthropologiques fournis par le visage, le crâne et le cerveau. — Le Professeur insistera sur les vices de développement du crâne, le poids du cerveau, les rapports topographiques du crâne et du cerveau, et le système crânioscopique de Gall.

*Ethnologie.* — Description des races humaines, leur répartition géographique, leur origine, leur filiation et leur évolution.

*Anthropologie préhistorique.* — Développement de l'humanité. Pierre polie. Age du bronze. Protohistorique. (Excursions).

*Géographie médicale.* — Ses applications à l'anthropologie. Milieux. Formation des races et des espèces. Hérédité. Tératologie. Causes et mécanisme de la dégénérescence et de la disparition des races.

*Démographie.* — Statistique des peuples. Composition des groupes sociaux selon les âges, les sexes, les professions. Nuptialité, Natalité, Mortalité dans chaque groupe. — Le Professeur insistera plus particulièrement sur la Démographie des grandes villes, et notamment sur celle de la Ville de Paris.

*Cours libre d'accouchement.* — M. le docteur Bureau commencera son cours le vendredi 11 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

La Société de chirurgie a consacré sa séance du 2 novembre à une étude sur la coxalgie. L'Académie, comme on le voit, n'est pas seule à soulever des questions nouvelles.

M. Verneuil avait attiré, le 5 octobre, l'attention de ses collègues sur certains accidents tardifs de cette affection qui peuvent, après la guérison d'une forme bénigne (coxalgie dite rhumatismale), faire croire à une récidive qui n'existe pas. Il peut arriver, d'après un fait observé par ce professeur, que plusieurs mois après la disparition de tous les accidents, l'attitude vicieuse se reproduise, sans qu'un travail inflammatoire nouveau du côté de l'articulation la provoque. Le retour de la difformité est alors dû à la paralysie des muscles fessiers combinée avec l'action persistante du psoas et des adducteurs.

M. Verneuil était parti de ce fait pour expliquer les différences d'attitude à la première et à la seconde période de la maladie. La lésion osseuse est évidemment l'origine de tous les accidents ; mais elle amène des troubles musculaires qui seuls à une certaine époque peuvent rendre compte de la déformation. Au début, l'inflammation articulaire se propage aux muscles voisins de la capsule ; les fessiers se contractent et produisent l'abduction avec allongement et rotation en dehors. Plus tard ils s'atrophient et laissent le champ libre au psoas et aux adducteurs qui, gagnés à leur tour par le travail inflammatoire, placent le membre dans l'adduction et la rotation en dedans.

Dans cette communication, M. Verneuil n'avait touché qu'un point de l'histoire des coxalgies. Aussi a-t-il dû être quelque peu étonné de s'entendre faire, quinze jours plus tard, une leçon détaillée sur les altérations de la hanche, diagnostic, pronostic et traitement. Il est vrai que la discussion nous a valu d'entendre M. Ollier, qui assistait à la séance. Mais il est, à la rigueur, d'autres questions de chirurgie qui eussent intéressé le savant professeur lyonnais.

Pour notre part, nous n'aurions pas reproché à M. Verneuil d'avoir esquissé une théorie des attitudes vicieuses aux diverses périodes de la coxalgie. Nous ne l'aurions pas obligé à se défendre d'avoir appliqué à tous les cas cette théorie « encore incomplète, mais dont les faits ultérieurs pourront démontrer l'exactitude. » Nous lui aurions plutôt soumis quelques réflexions sur la pathogénie des désordres musculaires qui sont pour nous, comme pour lui, la véritable cause des déviations de la hanche avant la période extrême (destruction des surfaces, abcès, luxation pathologique).

Est-il bien certain que ces désordres musculaires aient pour cause la propagation du travail inflammatoire? Nous savons aujourd'hui que les maladies des articulations retentissent énergiquement sur la nutrition des muscles; que dans la plupart des arthrites, et dès les premiers jours, on voit survenir une atrophie et une paralysie plus ou moins accentuée de certains groupes destinés spécialement à la jointure affectée; qu'enfin les auteurs auxquels nous devons cette étude, Le Fort, Vulpian, Valtat (thèse de Paris 1877), ont réfuté la théorie de l'inertie fonctionnelle, celle de l'inflammation des muscles ou des nerfs voisins, pour se rattacher au mécanisme de l'action réflexe. Le professeur F. Guyon et un de ses internes, M. Ch. Féré, ont publié dans le *Progrès médical* (1881, n°s 14 et 15) plusieurs observations de contusion ou d'entorse coxo-fémorale suivie d'une atrophie des fessiers et du droit antérieur de la cuisse, comparable à celles qu'on rencontre dans le rhumatisme, la goutte, les arthropathies des ataxiques (Vignes, thèse de Paris 1880). Pourquoi la coxalgie rhumatismale ou scrofuleuse ne produirait-elle pas la même lésion, avec les attitudes variées et les impotences fonctionnelles qui doivent résulter de la distribution même de l'atrophie, de la prédominance des muscles sains, des contractures consécutives?

Dans cette hypothèse, les *attitudes musculaires* de la coxalgie rentreraient dans

la classe de ces troubles trophiques d'origine réflexe étudiés par Brown-Séquard, Vulpian, Charcot, Hayem, etc., et qui ont pour point de départ, non-seulement des arthrites, mais des blessures nerveuses, des fractures, des lésions périphériques de toutes sortes. — L.-G. R.

# CLINIQUE MÉDICALE

## UNE ÉPIDÉMIE D'ECTHYMA DANS LE SERVICE DES VARIOLEUX DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 14 octobre 1881,

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

### OBSERVATIONS

(Recueillies par M. Delotte, interne du service).

1° *Éruptions confluentes suivies de mort.*

On voit une élévation considérable de température accompagner l'apparition de l'ecthyma. Dans les deux premières observations, l'ecthyma a évolué après la dessiccation de la variole; dans les deux dernières, l'ecthyma est survenu pendant la suppuration.

Obs. I. — M... (Joseph), 24 ans, entré le 15 août. Vacciné dans l'enfance; non revacciné. Éruption le 14 août. Variole cohérente.

22. Dessiccation sans suppuration.

23. Ecthyma presque confluent sur la poitrine. Ecthyma sur les jambes et sur les bras. Délire.

24, 25. État général ataxo-adymique. Nouvelles pustules.

26. Mort.

Temp. 16 août. Soir 40,4. — 17, m. 40, s. 39. — 18, m. 37, s. 37,3. — 19, m. 37,2, s. 38. — 20, m. 38, s. 39,3. — 21, m. 38, s. 39,4. — 22, m. 39, s. 39,4 (dessiccation complète). — 23, m. 30, s. 41 (ecthyma confluent). — 24, m. 39, s. 40,2. — 25, m. 40, s. 40,4. — 26, m. 39,4.

Obs. II. — R..., 29 ans, homme d'équipe, entré le 9 septembre. Vacciné dans l'enfance; revacciné sans succès il y a sept ans. Éruption le 6 septembre. Variole cohérente confluente.

9. *Traitement* : trois injections d'éther; extrait thébaïque, 30 centigrammes.

10. L'épiderme de la face est décollé sur toute l'étendue; liquide un peu louche dans les vésicules. Malade plus calme. Moins de douleurs à la gorge; plus de dysphagie.

11. Dessiccation de la face; dessiccation commençante sur les membres. Pas de suppuration des extrémités.

12. Dessiccation complète. Apparition de l'ecthyma.

13. Phlyctènes nombreuses; plusieurs sont déjà rompues : à l'examen microscopique, spores isolées et en chapelets.

14. État général satisfaisant. Phlyctènes plus nombreuses, surtout sur les membres inférieurs, à contenu purulent.

15. Pustules très nombreuses sur la poitrine. Délire très facile à interrompre quand on interpelle le malade. Langue fuligineuse. Phlyctènes très volumineuses sur les pieds. Sur la face, croûtes suintantes et humides, formant un masque complet et paraissant dues à une éruption ecthymateuse.

16. Délire. Mort.

Temp. 10 septembre, soir 38. — 11, m. 38, s. 39,2. — 12, m. 40, s. 41 (ecthyma). — 13, m. 39,4, s. 41. — 14, m. 39,4, s. 41 (dessiccation complète). — 15, m. 39,4, s. 41. — 16, m. 40, s. 42.

Obs. III. — M... (Alphonse), 43 ans, entré le 1er août. Vacciné dans l'enfance. Éruption le 28 juillet, cohérente confluente.

5. Éruption en suppuration. — Pas de délire.

8. Dessiccation sur la face. Apparition de l'ecthyma sur les membres inférieurs.

10. Ecthyma hémorrhagique généralisé. Délire intense. Lotions au sublimé.

12. Les croûtes d'ecthyma sont colorées en noir par le mélange d'une certaine quantité de sang. Délire toujours intense. Langue fuligineuse. Mort à 5 heures du soir.

Temp. 5 août, matin 38,2, soir 40. — 6, m. 38,2, s. 40. — 7, m. 39,2, s. 40. — 8, m. 39,2, s. 41 (ecthyma). — 9, m. 40, s. 40. — 10, m. 38,2, s. 40. — 11, m. 38,6, s. 40,2. — 12, m. 39.

Obs. IV. — A... (François), 25 ans, entré le 13 septembre. Non vacciné. Éruption le 12; variole cohérente.

19. Suppuration de moyenne intensité. Quelques pustules d'ecthyma sur la poitrine.

20. Éruption confluente sur la poitrine; quelques pustules aux membres inférieurs. Délire. Langue sèche. Mort.

Temp. 13 septembre, soir 40,2. — 14, matin 39, s. 40,2. — 15, m. 37, s. 39. — 16, m. 38, s. 38,3. — 17, m. 37,2, s. 39. — 18, m. 39, s. 40. — 19, m. 40, s. 41,1 (ecthyma). — 20, m. 40, s. 42.

2° *Éruptions abondantes suivies de guérison.*

On peut voir l'élévation thermique coïncider avec les différentes poussées éruptives, l'amplitude des oscillations quotidiennes, la longue durée du mouvement fébrile.

Obs. V. — L... (Jean-François), 25 ans, maçon, entré le 7 août. Vacciné dans l'enfance avec succès, non revacciné. Éruption le 3 août, variole cohérente confluente. Dessiccation le 14, après suppuration incomplète.

13. Deux bulles de pemphigus à la partie interne des cuisses.

16. Ecthyma abondant sur les membres supérieurs et inférieurs.

17. Un grand nombre de pustules sont séchées et remplacées par des croûtes.

18. Nouvelle poussée d'ecthyma.

1er septembre. Il n'y a plus production nouvelle d'ecthyma.

Temp. 11 août, matin 38,6, soir 39,1. — 12, m. 38,3, s. 38,3. — 13, m. 38, s. 38,1. — 14, m. 37,2, s. 38,1. — 15, m. 37,2, s. 39,4. — 16, m. 39,3, s. 40,2 (ecthyma). — 17, m. 39,4, s. 39,3. — 18, m. 38,2, s. 40,1. — 19, m. 40, s. 40. — 20, m. 39,4, s. 40. — 21, m. 40, s. 39. — 22, m. 39,8, s. 39. — 23, m. 37,4, s. 38,4. — 24, m. 37, s. 38. — 25, m. 37, s. 38,2. — 26, m. 37, s. 38. — 27, m. 37,3, s. 39. — 28, m. 37, s. 38,2. — 29, m. 36,2, s. 36,3.

Obs. VI. G. (Ernestine), 38 ans, ménagère, entrée le 3 septembre 1881. Vaccinée avec succès dans son enfance, non revaccinée. Accouchée le 29 août d'un enfant de 8 mois, bien conformé, qui mourut vingt-quatre heures après sa naissance. Éruption confluente sur la face, cohérente sur les membres, ayant débuté le 30 août.

3. Deux injections d'éther; 8 centigrammes d'extrait thébaïque. Dessiccation complète de l'éruption variolique sur la face et sur les membres après suppuration. Trois injections d'éther par jour; 10 centigrammes d'opium.

7. Apparition de l'ecthyma; trois phlyctènes sur les jambes.

8. L'ecthyma a envahi les cuisses. Une phlyctène sur la face antérieure de la poitrine.

14. L'éruption d'ecthyma est deveue conflueute sur les membres supérieurs et inférieurs, sur la poitrine, à la suite de poussées successives.

17. Dessiccation de la plupart des phlyctènes, qui sont remplacées par des croûtes étalées, épaisses. Aux jambes et aux pieds, phlyctènes flétries renfermant peu de liquide; sur quelques points les phlyctènes ont fait place à des ulcérations.

25. Il reste encore un certain nombre de croûtes sur les membres supérieurs et inférieurs.

Temp. 3 septembre, soir, 39,4. — 4, matin 37.8, s. 39. — 5, m. 38, s. 39. — 6, m. 38, s. 39,6. — 7, m. 38,4, s. 39,4 (ecthyma). — 8, m. 38,6, s. 39,6. — 9, m. 38, s. 40. — 10, m. 38, s. 39. — 11, m. 38, s. 39 (dessiccation complète). — 12, m. 38, s. 38,6. — 13, m. 37,4, s. 39,8. — 14, m. 37,6, s. 40 (ecthyma confluent). — 15, m. 37,4, s. 40. — 16, m. 37,6, s. 39,6. — 17, m. 38, s. 38,8. — 18, m. 37,8, s. 38,6. — 19, m. 37,4, s. 39,4. — 20, m. 37,6, s. 38,2. — 21, m. 37,4, s. 39. — 22, m. 37,4, s. 38,4. — 23, m. 37,2, s. 38,6. — 24, m. 37,4, s. 38,4. — 25, m. 37,4, s. 38. — 26, m. 37, s. 38,4.

Obs. VII. — P... (Rose), 22 ans, domestique, entrée le 18 août. Non vaccinée. Éruption le 18 août; variole cohérente confluente.

31. Au moment de la dessiccation, quand la fièvre de suppuration tombe, l'ecthyma apparaît.

1er septembre. Ecthyma de moyenne abondance sur les mains et sur les pieds. De nouvelles pustules continuent à se produire sur la face, la poitrine et les membres jusqu'au 8 septembre.

Temp. 26 août, matin 39, soir 40,2. — 27, m. 39,2, s. 39,2. — 28, m. 38, s. 39,2. — 29, m. 38,4, s. 39. — 30, m. 38, s. 38,4. — 31, m. 37,6, s. 39,2 (ecthyma). — 1er septembre, m. 38,6, s. 39. — 2, m. 38, s. 39. — 3, m. 38, s. 39,4. — 4, m. 38,2, s. 39. — 5, m. 38, s. 39. — 6, m. 37, s. 38,4. — 7, m. 37, s. 38,6. — 8, m. 37,4, s. 38,2. — 9, m. 37, s. 38. — 10, m. 37, s. 38. — 11, m. 37, s. 37,6.

3° *Éruptions moyennes ou peu abondantes, avec fièvre légère ou apyrexie.*

Obs. VIII. — V... (Jean), 21 ans, maçon, entré le 14 juillet. Non vacciné. Éruption le 13 juillet, cohérente confluente.

18. Dessiccation sur la face.

26. Dessiccation des membres et fin de la fièvre de suppuration.

27. Ecthyma abondant sur la poitrine et les membres.

29. Apparition de nouvelles pustules d'ecthyma.

Temp. 26 juillet. Matin, 37,4, soir 37,3. — 27, m. 37,2, s. 38,2 (ecthyma). — 28, m. 38,2, s. 39. — 30, m. 36,2, s. 38. — 31, m. 37,2. s. 39,8.

Obs. IX. — S... (Fortuné), 29 ans, entré le 31 août. Vacciné dans l'enfance, revacciné sans succès, il y a un an. Éruption le 30 août, variole discrète.

8 septembre. L'éruption de la variole est à peu près complètement desséchée, le malade est sans fièvre. Érnption d'ecthyma de forme furonculeuse sur les membres inférieurs.

10. Une plaque d'ecthyma sur le poignet. Lotions au sublimé.

12. Les premières pustules sont desséchées.

13. Nouvelle poussée sur les membres supérieurs et inférieurs. Le malade, fatigué par cette nouvelle éruption, est obligé de s'aliter. T. le soir39,4.

14. Éruption abondante surtout aux membres inférieurs. La fièvre tombe.

20. Plus de nouvelle poussée depuis le 14. Le malade sort guéri.

Obs. X. — T... (Marie), 19 ans, domestique, entrée le 3 août. Non vaccinée. Éruptiou le 2 août. Cohérente confluente.

13. Dessiccation sur la face. 16. Dessiccation sur les membres après suppuration.

14. Apparition de l'ecthyma sur les membres inférieurs.

16. Ecthyma abondant sur les membres inférieurs et sur les mains.

18. Pas de nouvelles poussées d'ecthyma.

19. Les pustules d'ecthyma sont desséchées.

Temp. 11 août, matin 39, soir 39,8. — 12, m. 39,4, s. 39,6. — 13 m. 38, s. 38,6. — 14, m. 38,2 (ecthyma). — 15, s. 39,2. — 16, m. 37, s. 38. — 17, m. 37, s. 38,4. — 18, m. 37,2, s. 38. — 19, m. 37, s. 38.

Obs. XI. — D... (Girard), 58 ans, entré le 11 septembre. Vacciné dans l'enfance. Varioloïde discrète. Éruption le 9 ; dessiccation le 15.

15. Apparition de l'ecthyma aux membres inférieurs. Pustules peu nombreuses.

18. Quelques nouvelles pustules.

27. Le malade sort guéri.

Temp. 11 septembre, soir 38,2. — 12, matin 38,2, s. 38,2. — 13, m. 36,4, s. 39. — 14, m. 36,4, s. 37. — 15, m. 37.2, s. 37,2 (ecthyma). — 16, m. 37, s. 38. — 17, m. 37, s. 38. — 18, m. 37, s. 38. — 19, m. 37.

Obs. XII. — P... (Désiré), 25 ans, entré le 15 juillet. Vacciné dans l'enfance. Éruption le 14 juillet; varioloïde cohérente.

19. Dessiccation.

20. Apparition de l'ecthyma peu abondant sur les membres inférieurs.

Temp. 15 juillet, soir 38,4. — 16, matin, 38,3, s. 38. — 17, m. 38, s. 39,4. — 18, m. 39, s. 39,1. — 19, m. 37,3, s. 38. — 20, m. 37, s. 38 (ecthyma). — 21, m. 38, s. 38,4. — 22, m. 38, s. 38,2. — 23, m. 37, s. 38. — 24, m. 37, s. 38.

Obs. XIII. — L... (Gilles), 33 ans, valet de chambre, entré le 6 septembre, Vacciné dans l'enfance, non revacciné. Éruption le 5 septembre. Dessiccation complète le 12 septembre.

11. Petites pustules d'ecthyma à la surface du corps.

16. Ecthyma sur la face.

Temp. 7 septembre, matin 40, soir 40. — 8, m. 38, s. 38,2. — 9, m. 37, s. 37,2. — 10, m. 37,2, s. 37. — 11, m. 36, s. 37 (ecthyma). — 12, m. 38, s. 38. — 13, m. 37,2, s. 37. — 14,

m. 37, s. 38.— 15, m. 37,2, s. 37,2.— 16, m. 38, s. 38.— 17, m. 37,2, s. 37,2.—18, m. 37.

Obs. XIV. — D... (Vincent), 46 ans, entré le 19 septembre. Vacciné dans l'enfance, non revacciné. Éruption le 18 septembre, cohérente.

25. Dessiccation terminée, après légère suppuration de la face; pas de suppuration des membres.

26. Apparition de l'ecthyma.

27. Ecthyma sur les mains et la poitrine peu abondant.

28. Nouvel ecthyma sur le cou et la face. Bains sulfureux.

30. L'ecthyma du cou est plus abondant; quelques pustules à la base du thorax.

2 octobre. Pas de nouvel ecthyma.

Temp. 20 septembre, matin 38,2, soir 38,2. — 21, m. 37,2, s. 38,2. — 22, m. 38,2, s. 38,2. — 23, m. 38, s. 38,2. — 24, m. 38, s. 38 (ecthyma). — 25, m. 38, s. 37,4. — 26, m. 37,2, s. 37.— 27, m. 36,4, s. 37,4.— 28, m. 37,6, s. 36,3. — 29, m. 36,1, s. 37.— 30, m. 36,3, s. 36,3.— 1er octobre, m. 36,3.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*De l'influence des lésions antérieures sur la production de nouvelles altérations dans le système nerveux*, par le docteur Carrieu. — Il peut exister dans des parties du système nerveux plus ou moins éloignées les unes des autres, des lésions qui ne paraissent pas appartenir au même processus anatomique; par exemple, la sclérose des cordons postérieurs coïncidant soit avec d'autres plaques de sclérose disséminée sur l'encéphale ou sur d'autres points de la moelle, soit avec un ramollissement de la substance cérébrale au niveau des lobes frontaux. C'est ainsi que chez un saturnin on a pu constater de l'athérome des artères cérébrales, et simultanément trois foyers hémorrhagiques, le premier sur la protubérance, au-dessus du facial; le second entre la protubérance, le pédoncule cérébral et le pédoncule cérébelleux du côté droit; le troisième à la partie supérieure droite du plancher du quatrième ventricule. Un autre foyer était situé dans la protubérance, au point où le pédoncnle cérébral droit émerge du pont de Varole. Il existait de plus une atrophie des cornes antérieures de la moelle et de l'athérome des artères médullaires. Ce malade avait présenté les symptômes d'une atrophie musculaire généralisée d'origine saturnine; de même que la syphilis peut chez le même sujet produire à la fois la sclérose médullaire et le ramollissement cérébral, c'est-à-dire être à la fois une cause de néoplasies hypertrophiques et de processus régressifs; il est légitime de regarder le saturnisme comme l'origine de l'altération vascutaire et aussi de l'atrophie musculaire. Il existe donc entre ces lésions différentes de caractères un lien de causalité.

Ces relations ont été établies par des faits probants observés dans les services de MM. Charcot, Vulpian, Hayem; mais si le point de départ est identique, l'évolution des processus morbides ayant cette même origine, peut différer et même n'avoir aucune analogie avec l'altération primitive. A l'appui de cette théorie, l'auteur cite le cas d'une femme, à laquelle le professeur Grasset a fait allusion dans son *Traité des maladies du système nerveux* (2e édition, p. 496). Atteinte en 1875 d'hémiplégie gauche passagère, elle éprouva en 1876 de la paraplégie avec contracture, soubresaut et hyperesthésie. Deux mois après, elle meurt dans le coma après avoir présenté des phénomènes de parésie, du tremblement des bras, du délire et des signes d'asphyxie. A l'autopsie, on constate, dans le noyeau lenticulaire droit, un vaste foyer hémorrhagique; dans la moelle dorso-lombaire, un foyer de ramollissement limité par une induration de la substance médullaire. A l'examen histologique, on trouve des altérations caractéristiques d'une dégénérescence graisseuse, et autour de ce foyer régressif, une sclérose diffuse qui en forme en quelque sorte la paroi. Dans les autres points de la moelle, on trouve une sclérose diffuse périependymaire, dont le foyer primitif a été le point de départ. De plus au-dessous du foyer, il existe une sclérose systématique des vaisseaux pyramidaux croisés et au-dessus une sclérose des cordons de Gall, s'étendant jusqu'au bulbe.

En résumé, deux lésions distinctes : l'une cérébrale, l'autre médullaire, sans relations apparentes entre elles ; la lésion médullaire est le point de départ d'altérations secondaires, ayant une origine commune, mais variant d'aspect et de caractères suivant les points où on les observe; par conséquent, une altération antérieure du système nerveux n'est pas seulement une fâcheuse prédisposition au point de vue des lésions futures; elle est aussi l'origine fréquente de processus secondaires, distincts par leur forme anatomique, leur marche et leurs symptômes particuliers. La cause pathogénique étant une évolution des processus peut être variable. (*Gazette hebdom. de Montpellier*, p. 342, 26 juillet 1881). — Ch. E.

*De l'urine dans l'hydropisie cardiaque*, par le docteur Milner-Fothergill. — L'examen

quantitatif et qualitatif des urines a une importance considérable dans l'hydropisie cardiaque. La *quantité*, c'est-à-dire le *volume* d'urine excrétée, est en relation avec l'état de la tension artérielle. La *couleur* est en rapport aussi avec cette quantité. En effet, l'urine est claire et abondante dans l'hypertrophie du ventricule gauche quand la tension vasculaire est augmentée; elle est diminuée en quantité et très colorée dans l'asystolie. Survient-il une altération du rein dans le cours de l'hypertrophie cardiaque, aussitôt la tension artérielle se modifie et de claire et abondante, l'urine devient concentrée et rare.

L'*albumine* augmente dans l'asystolie, quand l'urine devient moins abondante et plus concentrée; elle diminue sous l'influence de la digitale et des autres toniques du cœur. Son augmentation indique donc une aggravation de la maladie.

Les *urates* sont le résultat d'une oxydation imparfaite des substances azotées, oxydation dont le foie serait un des foyers. Or quand celui-ci fonctionne mal, tel est le cas de l'asystolie, dans laquelle la circulation veineuse du foie est ralentie et encombrée, les urates augmentent dans les urines. Aussi urates, albumine, urines concentrées, sont les indices de la gêne circulatoire veineuse.

De ces faits, on peut conclure que dans le régime de tels malades, les aliments exclusivement azotés ne peuvent suffire à la nutrition des tissus. Il faut donc prescrire un régime dans lequel la nutrition interstitielle soit au maximum avec le minimum d'aliments azotés. — Le régime lacté possède ce double avantage de nourrir les tissus, et de ne pas surcharger le sang de matières azotées.

En résumé, dans le traitement des hydropisies cardiaques, les indications sont donc : 1° l'augmentation, la puissance du muscle cardiaque par l'emploi de la digitale et des autres toniques du cœur; 2° la diminution de l'encombrement veineux, au moyen des purgatifs et des sudorifiques; 3° l'usage d'un régime qui assure au malade le maximum de nutrition des tissus, avec le minimum des substances azotées dans le sang. (*The med. Pressand. circ.*, p. 118, 10 août 1881). — Ch. E.

*Ulcère double de l'estomac. — Deux perforations. — Péritonite consécutive*, par le docteur Vergely. — La malade, âgée de 83 ans, entre en janvier 1881, à l'hospice de Sainte-Croix. Elle éprouve des douleurs épigastriques et des vomissements glaireux. A la palpation, on n'éprouve aucune sensation de résistance dans le creux épigastrique; la matité hépatique et splénique est normale. Les deux faits les plus nets qui résultent de l'examen sont la sensibilité particulière de l'épigastre et l'absence de tumeur; et le diagnostic est celui-ci : *affection organique de l'estomac probablement, cancer en nappe*.—Le 4 février, des accidents de péritonite se déclarent auxquels la malade succombe. A l'autopsie, on constate des lésions inflammatoires du péritoine; et sur l'estomac deux ouvertures, l'une sur la partie antérieure et supérieure vers le pylore, l'autre sur la face postérieure, vers la grande courbure. Dans chacune de ces régions, il existe une ulcération à bords saillants, taillés à pic et coupés à l'emporte-pièce. — L'examen microscopique de cet ulcère a montré qu'il était constitué par un tissu cicatriciel, d'aspect cornéen. Les autres viscères sont sains et il existe seulement de l'athérome artériel.

Par son âge (83 ans) et par les deux perforations stomacales, dont l'une était probablement plus ancienne que l'autre, cette malade rentrait dans les cas rares d'ulcères de l'estomac. Enfin, l'examen histologique est une preuve de l'existence ancienne de l'ulcère, ancienneté qui serait d'ailleurs en rapport chronologique avec l'hématémèse que la malade aurait eue à l'âge de vingt ans. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, p. 5, 1er août 1881). — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Worms et Decaisne pour la section des associés libres; — de MM. Bucquoy et Lécorché pour la section de pathologie médicale; — de M. Laborde pour la section d'anatomie et de physiologie; — de M. Paulet pour le titre de membre correspondant national.

2° Une lettre de M. Van den Abeele, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté.

3° Une note de M. Onimus, intitulée : *Observations sur le rapport de M. Du Bois-Reymond*, lu au Congrès international d'électricité.

—

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Luton (de Reims), une brochure inti-

tulée : *Études de thérapeutique générale et spéciale.* — 2° Au nom de M. le docteur Thomasi (de Rome), une brochure sur la *Malaria de Rome.*

M. Alfred Fournier présente : 1° au nom de M. le docteur H. Le Noir, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de la formation des vésicules et des pustules de la peau et des muqueuses.* Ce mémoire est renvoyé à la commission du Prix Saint-Paul, pour 1882. — 2° En son propre nom, un exemplaire de la deuxième édition de son *Traité clinique de la syphilis principalement chez la femme.*

M. Noël Gueneau de Mussy présente : 1° au nom de M. le docteur Carlos Valdès, une brochure sur les eaux minérales de Luchon. — 2° Deux mémoires de M[me] Ernest Hart, élève distinguée de l'École de Paris et femme de notre éminent confrère, le docteur Hart, secrétaire du *British medical Association.*

Le premier est une critique des idées du docteur Norris sur l'existence d'une troisième espèce de globules; le second, plus important, a pour objet la numération des globules sanguins et le dosage de l'hémoglobine.

M. Verneuil présente la chaîne d'écraseur modifiée par M. Desprès (de Saint-Quentin), modification en vertu de laquelle la chaîne, montée sur des branches libres, a la souplesse d'une corde, et peut être introduite facilement même à travers les vulves les plus étroites.

A l'appui de cette assertion, M. Desprès (de Saint-Quentin) adresse une observation avec pièce pathologique relative à un polype fibreux de l'utérus qu'il a enlevé à l'aide de sa chaîne sur une jeune fille de 25 ans encore vierge.

—

M. Jules Lefort, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel sur une demande en autorisation d'exploiter une nouvelle source minérale pour l'usage médical. Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

—

M. le docteur Symarre (de Blois) lit un *mémoire sur le traitement de l'angine couenneuse (diphthérite) par les saignées répétées et la diète prolongée.* Cet honorable praticien, qui porte assez gaillardement ses 90 ans, pour monter sans canne à la tribune de l'Académie, déclare qu'il a guéri par cette méthode 63 malades sur 67. Son mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Henri Roger, Hérard et Germain Sée.

—

M. Gautier lit un travail intitulé : *Sur l'absorption continue du plomb dans notre alimentation journalière.*

Notre alimentation journalière, dit M. Gautier dans ses conclusions, et spécialement la consommation des matières alimentaires conservées en boîtes métalliques, soudées au moyen d'alliages plombifères, introduit d'une manière incessante dans l'économie des quantités de plomb très appréciables.

Les aliments les plus chargés du métal toxique sont les poissons conservés à l'huile, les viandes acides, les eaux potables par leur séjour dans les réservoirs ou même des tuyaux de plomb, les eaux de Seltz, les boissons et les condiments acides, tels que vins blancs, vinaigre, etc.

De toute part le plomb nous assiège, nous enveloppe et nous pénètre ; nos habitations sont peintes à la céruse ; nos meubles en sont enduits ; notre vaisselle culinaire est recouverte d'un alliage plombifère; nos vases de faïence, nos cristaux, nos toiles vernies contiennent des quantités de plomb plus ou moins considérables.

Selon M. Gautier, il y a danger à prolonger cet état de choses, danger latent, insidieux, mais continu et certain; il y a lieu de s'en préoccuper et d'y rémédier.

M. Larrey demande à M. Gautier s'il ne pense pas qu'il y aurait lieu de modifier un peu les conclusions de son travail pour rassurer le public, toujours prompt à concevoir des craintes souvent exagérées lorsqu'il s'agit de dangers signalés par des communications faites à la tribune de l'Académie de médecine.

M. Gautier répond qu'il ne croit pas avoir exagéré les inconvénients et les dangers de l'introduction du plomb dans l'économie par les divers usages domestiques. Il pense que, à ce point de vue, il est plus utile de dire la vérité que de la cacher.

MM. Le Roy de Méricourt et J. Rochard déclarent que, dans l'alimentation des marins, il est très souvent fait usage de boîtes métalliques soudées avec le plomb et renfermant des conserves de viandes ou de végétaux, et que, cependant, on n'a jamais eu d'accident sérieux à déplorer par l'usage de ces aliments. Même des boîtes à soudure intérieure et contenant des larmes de plomb provenant de soudures mal faites, n'ont occasionné aucun accident.

M. Gautier, tout en admettant les faits que viennent de rappeler ses collègues, n'en maintient pas moins l'utilité qu'il y aurait pour la santé publique à signaler les inconvénients possibles qui peuvent naître de l'emploi des vases de plomb pour la préparation et la conservation des aliments et des boissons.

—

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres. Ont été élus : MM. Pasteur, Le Roy de Méricourt, Dujardin-Beaumetz, Briquet, Larrey, Duplay et Bourgeois.

— La séance est levée à cinq heures.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre 1881. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz, vice-président.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Rapport de M. Lereboullet sur un mémoire de M. le docteur Laure (de Lyon), intitulé : *Angine et albuminurie.* — *Des lésions osseuses* chez les hémiplégiques, par M. Debove. — Deuxième mémoire de M. Martineau sur les *injections hypodermiques* de peptone mercurique ammonique. — Épidémie d'*ecthyma* à l'hôpital Saint-Antoine par M. Du Castel. — Nomination de MM. A. Robin, Roques et Balzer au titre de membre titulaire.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *De l'acide phénique appliqué au traitement de la fièvre typhoïde,* par M. Desplats. — *Sur les indications du traitement de la fièvre typhoïde par la créosote,* par M. G. Pécholier. — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — *Marseille médical.* — *Annales de gynécologie.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Bulletin* de la Société anatomique. — *Journal des sciences médicales de Lille.* — *Journal de thérapeutique.* — *Index-Catalogue of the Library.* — *Annales de l'Université de Bruxelles.* — *Assainissement de Paris* (rapport de la commission).

M. Gouguenheim offre en hommage à la Société ses leçons sur l'œdème de la glotte, sur la laryngite tuberculeuse, sur la laryngite syphilitique tertiaire et sur l'adénopathie laryngo-bronchique.

M. Martineau offre en hommage à la Société : 1° son premier mémoire sur les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis; 2° ses leçons sur le vulvisme, nom qu'il faut attribuer à l'affection décrite jusqu'à ce jour sous le nom de vaginisme, d'autant mieux, dit-il, que l'anneau vulvaire est seul atteint, le vagin ne l'étant pas en réalité. Cette affection spasmodique et douloureuse est toujours symptomatique d'une lésion vulvaire, vaginale ou utérine qui joue le rôle de cause déterminante chez une femme prédisposée, soit par une maladie générale constitutionnelle, scrofule, arthritis, herpétis, chlorose, soit par un état nerveux. Il en résulte que le traitement est des plus variables et des plus complexes.

—

M. Lereboullet lit un rapport sur un mémoire intitulé : *Angine et Albuminurie,* présenté par M. le docteur Laure, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Messieurs,

La pathogénie des albuminuries transitoires, qu'elles soient liées à l'existence d'une poussée inflammatoire du côté des reins ou qu'elles paraissent sous la dépendance de la dénutrition globulaire causée par une maladie aiguë fébrile, est encore si obscure que toutes les observations qui pourraient tendre à l'éclairer méritent l'attention des médecins. Chacun d'eux sait combien sont complexes et multiples les causes de l'albuminurie; il sait aussi que les conditions pathogéniques qui la déterminent le plus souvent, c'est-à-dire l'altération du sang, les modifications de la pression intravasculaire, enfin les lésions rénales peuvent s'associer pour provoquer la sécrétion par les reins d'une urine albumineuse et que, dans ces conditions, il est bien difficile d'interpréter physiologiquement un symptôme dont la signification pronostique est parfois cependant assez sérieuse. Aussi s'est-on contenté le plus souvent de signaler la coïncidence de l'albuminurie avec certains faits morbides. C'est ainsi qu'on la trouve mentionnée dans une foule de maladies fébriles parmi lesquelles on cite d'ordinaire la fièvre typhoïde, la diphthérie, l'érysipèle, la scarlatine, etc. Dans d'autres observations, et en particulier lorsqu'il s'agit de rhumatisme ou de goutte, on ne se borne plus à indiquer l'apparition du symptôme albuminurie; presque toujours on peut le rattacher à l'existence d'une

néphrite superficielle, et, par conséquent, transitoire dans le rhumatisme, plus souvent durable dans la goutte.

Lors donc que, chez un rhumatisant, on constate dans les urines une très forte proportion d'albumine, et lorsque l'albuminurie dure quelque temps il faut admettre, comme l'a si nettement exposé notre éminent collègue M. E. Besnier (*Dict. encyclop.*, art. RHUMATISME, p. 604), que l'on a affaire soit à des sujets atteints d'une lésion préexistante des reins, à une néphrite interstitielle, plus rarement « à des malades présentant quelques formes rares de rhumatisme hémorrhagique, avec albuminurie hématurique, lesquelles, bien qu'elles s'accompagnent communément d'anasarque, se terminent cependant le plus souvent par la guérison. » C'est une observation de ce genre qu'a publiée assez récemment, dans une très intéressante revue clinique, M. le professeur Lasègue (*Arch. gén. de méd.*, 1880, p. 719). Le malade était atteint d'une angine rhumatismale, et, dans le cours de cette maladie, des accidents de néphrite avec hématurie avaient été observés.

M. le docteur Laure rappelle cette observation; mais ce qui a particulièrement sollicité son attention, ce n'est pas la néphrite hémorrhagique d'origine rhumatismale, ce sont les rapports qui lui ont semblé devoir exister entre l'angine et l'albuminurie. Rapprochant, un peu arbitrairement à notre avis, les faits de ce genre des observations de néphrites infectieuses que Kannenberg a bien décrites et qu'il considère comme compliquant assez fréquemment toutes les affections aiguës des tonsilles, notre honorable collègue de Lyon s'est efforcé de rattacher le symptôme albuminurie au symptôme angine, affirmant que, dans un assez grand nombre de cas, il avait pu constater dans les urines de malades atteints de manifestations diverses du côté de la gorge une assez abondante proportion d'albumine. Aussi, dès les premières pages du mémoire qu'il nous adresse, M. le docteur Laure se croit-il autorisé à admettre :

« 1° Que l'albuminurie coïncide fréquemment avec l'angine rhumatismale et peut alors affecter un type à répétition se reproduisant à chaque nouvelle fluxion articulaire;

2° Que l'albuminurie s'observe également en dehors de toute origine diathésique, dans certaines angines catarrhales simples et phlegmoneuses;

3° Que cette sorte de néphrite, ordinairement transitoire et guérissant le plus souvent d'elle-même, peut, dans certains cas, se montrer plus rebelle et devenir le point de départ d'une lésion matérielle du rein. »

Nous devons déclarer tout d'abord que nous avons, en vain, recherché nous-même, dans les urines de malades atteints d'angines catarrhales, phlegmoneuses, voire même d'angines diphthéroïdes, la présence de l'albumine, et nous ne croyons pas trop nous avancer en affirmant que, dans les hôpitaux de Paris, où cependant l'analyse des urines se fait si souvent et avec tant de soin, il serait malaisé de recueillir un nombre d'observations aussi considérable que celui qui nous est fourni par le mémoire de notre distingué collègue. Aussi croyons-nous devoir nous associer, sans réserve aucune, à l'une des réflexions qui terminent son intéressant travail. M. le docteur Laure fait remarquer qu'une influence spéciale, peut-être saisonnière, a multiplié dans ses salles les cas d'albuminurie. « Nous n'avons jamais vu, dit-il, aussi fréquemment que cette année, l'albuminurie s'ajouter à titre de complication à divers états morbides. Cela est si vrai que, depuis le commencement de l'influence vernale, nous avons observé trois cas de néphrite catarrhale idiopathique, deux faits de néphrite scarlatineuse ayant amené la mort, une albuminurie primitive suivie de mort au quatrième jour chez un typhique, une urémie mortelle chez une diabétique, deux albuminuries très abondantes chez des femmes au troisième mois de la grossesse; enfin, douze ou quinze faits d'albuminurie compliquant diverses variétés d'angine. J'excepte, bien entendu, les néphrites cardiaques. » Cette citation semble bien prouver, en effet, que M. le docteur Laure observe dans un milieu spécial, et que les conditions hygiéniques dans lesquelles vivent les malades qui entrent à l'hôpital de la Croix-Rousse, ou bien la constitution primitivement débile de ces malades les rendent plus aptes à devenir albuminuriques. Nous devons cependant, après uue lectne attentive des observations qui servent de base au travail de M. le docteur Laure, lui soumettre une objection qui nous paraît assez sérieuse. Dans la plupart des faits qu'il a cités, les urines contenaient de très notables proportions d'albumine; elles précipitaient abondamment par l'acide nitrique, par la chaleur, par la liqueur de Tanret, etc. Dans une observation, on trouve 3 gr. 50 d'albumine; dans une autre, 1 gramme. Nous sommes loin des chiffres signalés dans les cas de néphrite catarrhale, superficielle, liée au rhumatisme. Or, jamais les urines des malades soignés par M. le docteur Laure n'ont été examinées avant le début de l'angine de laquelle l'albuminurie lui paraît dépendre; rarement les malades ont séjourné à l'hôpital un temps suffisant pour que l'on puisse affirmer qu'après avoir disparu pendant quelques jours, l'albumine ne s'est pas montrée de nouveau dans l'urine sans coïncidence d'angine. Enfin, dans une observation, nous trouvons signalés des symptômes graves, tels que la céphalée, des troubles de la vision, l'œdème de la face, etc. N'est-on pas en droit de supposer dè

lors, surtout en l'absence d'un examen histologique précis du dépôt urinaire, que l'on a pu avoir affaire, quelquefois au moins, à des malades atteints de néphrite interstitielle, et chez lesquels une maladie intercurrente accentuait momentanément l'albuminurie?

Quelle que puisse être la valeur de ces réserves, il n'en est pas moins vrai que, dans l'une au moins de ces observations (obs. VI), l'existence dans le liquide urinaire d'un grand nombre de bactéries, de microbes en forme de biscuit et même de spores arrondies, rapproche ce fait de ceux sur lesquels Kannenberg avait appelé l'attention. De plus, dans presque toutes les observations, qu'il s'agisse d'angines rhumatismales ou d'angines non diathésiques, la qualité du coagulum albumineux, toujours rétractile, montre bien que M. le docteur Laure avait, comme il le dit, affaire à de véritables néphrites. Nous nous associons donc encore à ses conclusions lorsqu'il recommande aux cliniciens de toujours rechercher dans les urines des malades atteints d'un mal de gorge, quelle qu'en soit la nature, si l'on ne peut obtenir, par les réactifs, un coagulum albumineux. L'expérience est facile à faire et les angines sont assez fréquentes pour que l'on puisse en peu de temps contrôler les observations qui nous sont présentées. Je me permettrai encore toutefois de signaler ici une cause d'erreur sur laquelle on n'a point, que je sache, appelé suffisamment l'attention. Dans certaines néphrites avec albuminurie peu abondante, il arrive parfois que l'urine, additionnée au préalable de quelques gouttes d'acide nitrique ou d'acide acétique, ne se coagule plus par la chaleur alors cependant que l'iodure double de mercure et de potassium affirme l'existence de l'albumine, alors que cette même urine, chauffée sans addition préalable d'acide, est devenue trouble et que ce trouble ne disparaît point après qu'on y a versé une quantité, fût-elle relativement considérable, d'acide nitrique. Sans chercher, pour le moment, à expliquer ces difficultés pratiques, je me contente de les signaler, afin d'engager ceux qui voudraient vérifier les observations de M. le docteur Laure à s'entourer, comme il l'a fait lui-même, de toutes les précautions nécessaires pour bien pouvoir affirmer la présence ou l'absence d'albumine dans les urines.

Messieurs, l'analyse que je viens de faire du mémoire soumis à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Laure ne serait pas complète, si je ne disais toute l'estime qu'inspirent à ceux qui le connaissent les études cliniques de notre très distingué confrère. Depuis l'année 1867, il a publié dans le *Lyon médical* ou dans divers journaux parisiens, plusieurs mémoires intéressants. Il est, depuis le 17 décembre 1869, médecin des hôpitaux de Lyon, et, depuis le mois de mai 1878, professeur agrégé à la Faculté de médecine de cette ville. M. le docteur Laure remplit donc, à tous les points de vue, les conditions requises par votre règlement pour obtenir le titre de membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux. J'ai donc l'honneur, Messieurs, de vous proposer :

1° D'inscrire le nom de M. le docteur Laure sur la liste des candidats au titre de correspondant de votre Société ;

2° De publier dans vos mémoires son travail inédit intitulé : *Angine et albuminurie*.

Le travail de M. Laure est renvoyé au comité de publication. En outre, la Société décide que le nom de M. Laure sera inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société.

—

M. Debove communique ses recherches sur les lésions osseuses chez les hémiplégiques. (Sera publié.)

M. Martineau donne lecture de son deuxième mémoire sur les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique et sur l'administration par la voie stomacale de la même peptone dans le traitement de la syphilis. (Voir l'Union Médicale, n° 145 et suivants.)

M. Blachez : Le malade, en effet, dont vous a entretenu M. Martineau et que je vous avais signalé comme atteint d'une syphilis anomale, comme absolument réfractaire à la médication mercurique par la voie stomacale, par les frictions cutanées, par les vapeurs mercurielles, est guéri aujourd'hui des accidents graves qui, depuis deux ans et demi, lui rendaient la vie très pénible. C'est un très beau résultat qui fait le plus grand honneur à la méthode de traitement expérimenté par notre collègue.

M. Du Castel lit une note sur une épidémie d'ecthyma survenue dans les salles de varioleux de l'hôpital Saint-Antoine. (Voir les n°s 154 et 155 de l'Union Médicale.)

MM. A. Robin, Roques et Balzer, nommés médecins du Bureau central au dernier concours, sont élus, à l'unanimité des votants, membres titulaires de la Société médicale des hôpitaux.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

*Le secrétaire*, L. Martineau.

## FORMULAIRE

### VIN CRÉOSOTÉ. — BOUCHARD et GIMBERT.

| | |
|---|---|
| Créosote pure du goudron de bois. . . . | 13 gr 50 centigr. |
| Teinture de gentiane . . . . . . . . . . . | 30 grammes. |
| Alcool de Montpellier . . . . . . . . . . | 250 — |
| Vin de Malaga . . . . . . . . . . . . . . . | q. s. pour un litre. |

De 2 à 4 cuillerées en 24 heures, chaque cuillerée dans un verre d'eau, contre la phthisie pulmonaire. Il est mieux toléré quand on l'administre au moment des repas, dans de l'eau édulcorée avec du sirop de groseilles. — La créosote, selon les auteurs, est applicable à tous les degrés de la tuberculose et dans toutes ses formes, sauf la phthisie aiguë. Il n'y a lieu d'y renoncer que quand on constate de l'intolérance de l'estomac, de l'aggravation de la toux et de la dyspepsie. — N. G.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 28 octobre au 3 novembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 960. — Fièvre typhoïde, 42. — Variole, 6. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 39. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 36. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchites aiguës, 22. — Pneumonie, 70. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 32 ; au sein et mixte, 24 ; inconnu, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 113; circulatoire, 67; respiratoire, 67; digestif, 45 ; génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 22. — Causes non classées, 3.

CONCLUSIONS DE LA 44e SEMAINE. — Nous avons à constater, cette semaine, une amélioration sensible de la santé publique. Le nombre des décès est descendu à 960, en diminution de 74 sur le chiffre de la semaine précédente. Cette atténuation est d'autant plus significative qu'elle porte principalement sur l'Athrepsie et sur le groupe des maladies épidémiques, c'est-à-dire sur les affections les plus redoutables dont les enfants et les jeunes gens sont tributaires.

Les différences que nous relevons entre les chiffres des décès par affections épidémiques pendant les 43e et 44e semaines sont toutes au profit de la dernière semaine. Les décès par Fièvre typhoïde sont descendus de 47 à 42 ; ceux par Variole de 10 à 6; par Rougeole de 12 à 3; par Diphthérie de 52 à 39; par Érysipèle de 11 à 2; par Infections puerpérales de 7 à 3, Le nombre des admissions dans les hôpitaux pendant ces derniers jours est demeuré très faible en ce qui concerne la Variole et la Diphthérie ; pour la Fièvre typhoïde, ce nombre s'est abaissé d'une semaine à l'autre de 78 à 68.

Un fait digne de remarque, c'est la diminution considérable du chiffre des décès par Athrepsie ; il y a entre cette diminution et l'arrivée des premiers froids une coïncidence qui montre une fois de plus l'influence exercée par la température sur la vitalité du premier âge. Il convient encore de noter que ce sont les enfants nourris au biberon qui, presque exclusivement, ont bénéficié de ce dégrèvement : tandis que pour ceux-ci le nombre des décès est descendu de 57 à 32, il s'est seulement abaissé de 26 à 24 pour les enfants élevés au sein.

Comme distribution locale des décès, nous signalerons le quartier de *La Villette* qui compte 4 décès par Fièvre typhoïde et 3 par Diphthérie, et surtout celui de *Montparnasse*, où il a été constaté 6 décès par Diphthérie. Dans notre dernier bulletin, ce quartier était indiqué comme ayant fourni 3 décès par cette cause. Il y a donc sur ce point un centre épidémique sur lequel nous appelons de nouveau l'attention.

Dr BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

## COURRIER

LA FIÈVRE JAUNE. — Le ministre de la marine et des colonies vient de recevoir le bulletin sanitaire envoyé chaque quinzaine du Sénégal. Les quelques cas de fièvre jaune signalés dans la dépêche remise à Lisbonne par le paquebot ne sont malheureusement que trop réels. Mais le gouverneur, qui a longtemps habité le pays et qui connaît la marche des épidémies, espère que ces atteintes ne se propageront pas. Pour Saint-Louis, il peut l'affirmer, car les deux cas

que l'on a à déplorer sont tout à fait isolés, et se sont produits après une longue interruption de la maladie; ils datent, d'ailleurs, du 15 octobre.

L'apparition du fléau à Gorée-Dakkar est certes de nature à préoccuper; mais il faut remarquer que le nombre des Européens y est très faible; les négociants sont partis pour la France, les troupes sont disséminées. Enfin, comme les fortes chaleurs de l'hivernage diminuent sensiblement, et comme l'épidémie ne s'est encore manifestée dans le deuxième arrondissement que par quatre décès, on est fondé à espérer qu'elle n'y fera pas de nouvelles victimes.

École de pharmacie. — La réouverture des cours de l'École supérieure de pharmacie a eu lieu hier; la cérémonie était présidée par M. Chatin, directeur. Au début de la séance ont été proclamés les noms des lauréats de l'année scolaire écoulée. En voici la liste :

Prix de l'École, 1re année. — Le premier prix n'a pas été décerné. Citation : M. Bocquillon.

2e année. — 1er prix, M. Martin; 2e prix, M. Grignon; citation, M. Gallois.

3e annee. — 1er prix, M. Vaudin; 2e prix, M. Chicandard.

Le prix Desportes n'a pas été décerné.

Prix Buignet. — 1° M. Vaudin; 2° M. Chicandard.

Prix Laroze, en collaboration. — MM. Ruyssen, Varenne.

Prix des travaux pratiques, 1re année. — Médailles d'or, MM. Bocquillon, Dufourc; médailles d'argent, MM. Meillère, Vigoulette.

2e année. — Médailles d'or, MM. Cayasse, Grignon; médailles d'argent, MM. Houdas, Terimet.

3e année. — Botanique. — Médailles d'or, MM. Briouze, Nardin; médailles d'argent, MM. Chicandard, Marie.

Physique. — Médaille d'or, M. Vaudin; médaille d'argent, M. Chicandard; citations avec éloges, MM. Bonnard, Reeb et Patein.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 11 novembre 1881.

*Ordre du jour :* Rapport de M. Ernest Besnier sur les maladies régnantes du troisième trimestre de 1881. — De l'alimentation forcée des phthisiques, par M. Debove. — Rapport de la commission de la diphthérie, par M. Descroizilles.

A quatre heures trois quarts, comité privé pour entendre divers rapports du conseil de famille.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 12 novembre 1881, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, 3 (local de la Société de chirurgie).

*Ordre du jour :* 1° Communication intitulée : De l'autoplastie des paupières, par M. Abadie. — 2° Lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, d'un travail sur l'influence des courants continus dans un cas d'hydrocéphalie chronique, par M. le docteur E. Mathelin. — 3° Lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, d'une observation de goître exophthalmique, par M. le docteur Fauquez.

Clinique des maladies des femmes a l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 19 novembre 1881, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault.

Les jeudis, consultation avec examen au spéculum.

— M. le docteur Thevenot recommencera son cours public d'accouchement, le lundi 21 novembre, à 5 heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants. *Manœuvres obstétricales*, 172, boulevard Saint-Germain.



*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# GYNÉCOLOGIE

## DES PESSAIRES A ANTÉVERSION;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 13 août 1881,

Par M. A. THEVENOT.

S'il était possible d'écrire l'histoire du pessaire, il est probable qu'on verrait ce moyen thérapeutique subir d'époque en époque les mêmes fluctuations : être vanté par les uns, condamné par les autres comme détestable et dangereux; jouir à certaines périodes d'une grande vogue, puis presque tomber dans l'oubli.

Le plus souvent c'est en désespoir de cause que ce moyen étant presque oublié, des médecins, parfois même des malades abandonnés, s'en sont servi. Dans quelques cas, le soulagement a été si marqué et si immédiat que l'usage s'en est vite généralisé. Puis à l'usage a succédé l'abus, les formes étaient alors lourdes et défectueuses, les malades négligeaient des soins indispensables, les accidents ne tardaient pas à être signalés, de là une réaction et le discrédit dans lequel tombait le pessaire. Puis des médecins plus hardis ou comme honteux de leur impuissance, s'en servaient de nouveau et ainsi de suite indéfiniment.

Est-ce à dire que tout bien pesé, les inconvénients et les avantages se balançant, il serait sage de laisser ce moyen tomber définitivement dans l'oubli? On sait que la question, souvent posée ainsi, a été résolue dans ce sens par des médecins et par des gynécologistes distingués. Je la crois passible d'une autre solution. Jusqu'à ce qu'on nous ait démontré qu'au moyen de l'électricité ou de la cautérisation on peut redresser l'utérus sans l'immobiliser et sans altérer la direction de son canal, le pessaire restera comme un moyen indispensable. S'il est si souvent tombé en discrédit, c'est que les formes qu'on employait alors étaient défectueuses; depuis que Hodge et Meiggs ont introduit dans la pratique l'*anneau américain*, on peut dire que c'est là une question jugée et que la forme du pessaire à rétroversion est définitivement acquise.

L'anneau américain (fig. 1), qu'on lui donne la forme d'un rectangle ou d'un triangle curviligne, légèrement recourbé en S italique, est parfaitement approprié au traitement de la rétroversion. Le point d'appui qu'il prend sur le pubis par son segment inférieur, sans exercer de pression fâcheuse, peut transmettre à son seg-

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Si vous le permettez, cher lecteur, à l'aide de mes aimables correspondants, à l'aide aussi de mes lectures et des notes que j'y ai recueillies, laissez-moi vous offrir aujourd'hui une *Causerie* qui ne manquera peut-être pas de variété; mais puisse-t-elle ne pas manquer d'intérêt!

***

Dans le catalogue des écrivains français qui ont paru dans le *Siècle de Louis XIV*, Voltaire cite un rondeau de Billaut (Adam), connu sous le nom de maître Adam, menuisier à Nevers, qui, sans aucune littérature, devint poëte dans sa boutique.

Pour te guérir de cette sciatique
Qui te retient comme un paralytique
Entre deux draps, sans aucun mouvement,
Prends-moi deux brocs d'un fin jus de sarment;
Puis, lis comment on le met en pratique.
Prends-en deux doigts, et bien chauds les applique
Sur l'épiderme où la douleur te pique,
Et tu boiras le reste promptement,
Pour te guérir.

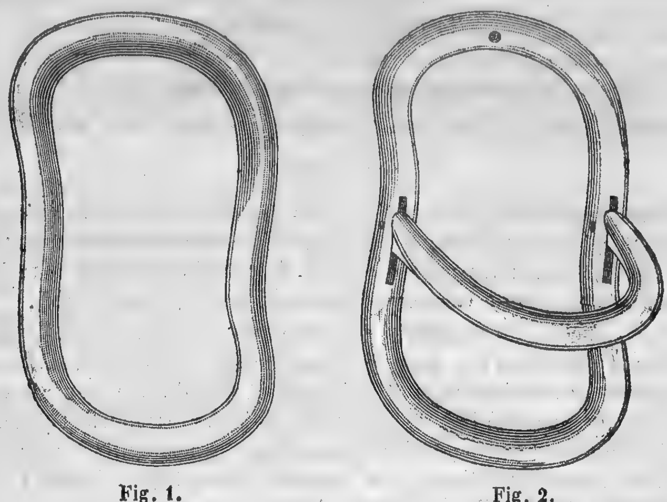


Fig. 1. Fig. 2.

ment supérieur une force capable de maintenir l'utérus redressé au niveau de l'isthme, à travers le cul-de-sac postérieur. Ce redressement, bien qu'il ne soit pas complet, suffit le plus souvent. L'utérus, étayé et ramené presque dans sa direction normale, continue à suivre les mouvements d'inspiration et d'expiration communiqués par la masse intestinale; l'utérus, et c'est là un point capital, conserve en grande partie sa mobilité.

L'anneau de Hodge peut être conservé sans danger pendant la menstruation, il n'apporte aucune gêne au coït; grâce à lui, l'orifice cervical externe est suffisamment ramené dans l'axe pour qu'il n'y ait de ce fait aucun obstacle à la fécondation. Il est, en général, bien supporté et présente cet avantage, qu'à la moindre douleur, à la moindre gêne, la patiente elle-même peut l'enlever sans difficulté.

La question semble donc résolue et il est probable que l'anneau américain restera définitivement le pessaire de la rétroversion.

Lorsqu'il s'agit de l'antéversion on est un peu plus embarrassé, non pas que les pessaires à antéversion fassent défaut; il y en a beaucoup, mais on ne sait trop quel choix faire au milieu de ces formes lourdes ou bizarres.

---

Sur cet avis ne sois point hérétique,
Car je te fais un serment authentique
Que, si tu crains ce doux médicament,
Ton médecin, pour ton soulagement,
Fera l'essai de ce qu'il communique
Pour te guérir.

N'êtes-vous pas de l'avis de Voltaire, et ne trouvez-vous pas que ce rondeau de maître Adam vaut beaucoup mieux que plusieurs de ceux tant vantés de Benserade?

Maître Adam ne donna pas, lui, le mauvais exemple aux poëtes de son temps de mourir de faim, car il fut assez généreusement pensionné par le cardinal de Richelieu et par Gaston, frère de Louis XIII. Le menuisier de Nevers mourut en 1662.

***

*Une curieuse statistique.* — Un médecin distingué, le docteur Paul Jacoby, vient de se livrer, à propos de la *sélection* et de l'*hérédité*, à de très curieux travaux de statistique, et il a compté, département par département, combien notre France avait produit d'hommes remarquables.

Le département classé le premier sur la liste est la Seine. Le second est le Rhône. Les Bouches-du-Rhône viennent ensuite, puis la Côte-d'Or, avec sa race bourguignonne, Seine-et-Oise (87 personnes remarquables, Paris en a 764), la Seine-Inférieure (82), la Meurthe (74), le Doubs (73), l'Aisne (52) et le Gard (20).

Celui de nos départements qui a produit le moins d'hommes remarquables est le département des Hautes-Pyrénées. Puis vient la Creuse, qui n'est pas fort riche en grands

C'est qu'en effet le point d'appui à la face postérieure du pubis restant le même, il faudrait que le segment supérieur de l'anneau levier soulevât l'utérus à travers le cul-de-sac antérieur au niveau de l'isthme. Or, il est impossible qu'un anneau de la forme de celui de Hodge puisse rester fixé dans cette position presque verticale.

Il a donc fallu vaincre cette difficulté et imaginer d'autres formes; de là cette quantité de pessaires lourds ou compliqués, difficiles à placer, à retirer, à entretenir et le plus souvent mal supportés.

De guerre lasse, beaucoup de médecins et de gynécologistes ont tourné la difficulté en renonçant au pessaire à antéversion et en se servant dans tous les cas de l'anneau américain, et en fait la difficulté de trouver un bon pessaire à antéversion, le soulagement apporté dans près de moitié des cas d'antéversion par l'anneau américain justifie cette pratique. Il est d'ailleurs facile de se rendre compte du mode d'action de l'anneau américain dans certains cas d'antéversion.

L'antéversion peut exister sans le plus léger degré d'abaissement. Le déplacement consiste alors en un mouvement de bascule qui a amené le fond de l'utérus vers le pubis et porté le col en arrière.

Le plus souvent l'antéversion s'accompagne d'un certain degré d'abaissement. Dans ce cas, si on pratique le toucher, la malade étant debout, on sent l'utérus céder et se porter en haut, et si le doigt continue à servir de soutien à l'utérus pendant quelques secondes, presque toujours la patiente accusera un soulagement marqué. C'est dans ce cas qu'en étayant l'utérus par quelque moyen que ce soit, fût-ce même par un simple tampon d'ouate ou de charpie, on fait cesser ou tout au moins on diminue les sensations de tiraillement et de pesanteur, et, lorsqu'ils existent, les troubles de la miction et de la locomotion.

Il est évident que dans ce cas d'antéversion avec abaissement, l'anneau américain donnera un résultat satisfaisant et nous nous rendons bien compte que, sans redresser l'utérus, il le soulève et lui sert d'étai et de soutien. Et bien qu'on n'aie pas rendu à l'axe utérin sa direction normale, le soulagement est tel qu'on comprend que les malades et les médecins se contentent de ce résultat.

Lorsqu'au contraire l'utérus est antéversé sans être abaissé, il arrive que l'anneau américain non-seulement n'apporte aucun soulagement, mais que parfois même il accentue le malaise et les troubles de la miction.

On se rend compte de ce résultat singulier en apparence, en cherchant la direction de l'axe utérin, l'anneau étant en place. On trouve alors que l'anneau en por-

---

hommes, puis la Lozère, qui en compte 4, puis l'Ariège, 5, puis la Charente, puis les Hautes-Alpes et les Landes, — sur la même ligne, — puis les Pyrénées-Orientales, puis le Morbihan, puis la Mayenne; enfin, — *ex æquo*, — le Lot et le Gers, à chacun desquels le statisticien attribue douze personnages remarquables.

***

Encore du siècle de Louis XIV, où rien n'est oublié, pas même la pharmacie :

Charas, de l'Académie des sciences, est le premier qui ait bien écrit sur la pharmacie, tant il est vrai, dit Voltaire, que, sous Louis XIV, tous les arts élargirent leur sphère. Ce pharmacien, voyageant à Madrid, fut mis dans les cachots de l'Inquisition, parce qu'il était calviniste. Une prompte abjuration et les sollicitations de l'ambassadeur de France lui sauvèrent la vie et la liberté. Il s'occupa longtemps d'expériences sur les vipères et des moyens d'empêcher les effets souvent mortels de leur morsure. Mais il se trompa en soutenant contre Rédi que le venin des vipères n'était pas contenu dans le suc jaune qui sort de deux vésicules placées derrière les crochets de leurs mâchoires. Dans le cours de ses expériences, il fut mordu plusieurs fois sans qu'il en résultât d'accidents très graves. Mort en 1698.

***

*Le langage des mouches.* — Jusqu'à ce jour, dit notre distingué confrère le docteur Barré, tout en rendant justice à leur ardeur pour le travail, à leur industrie, à leur génie, nous nous disions : Quel malheur que les insectes ne soient pas doués de la parole!

Il paraît que nous nous trompions : un Anglais vient de prouver que les mouches ont un langage particulier; non pas le langage par signes qui consiste, pour les fourmis, par exemple,

tant en haut le cul-de-sac postérieur a accentué le déplacement : le col de l'utérus a été reporté en haut et le fond vient peser davantage encore sur la vessie.

On comprend donc les efforts des gynécologistes pour trouver mieux et imaginer une forme de pessaire qui, dans l'antéversion simple, redresse l'utérus. On en a imaginé beaucoup. La forme qu'on trouve habituellement est celle d'un anneau américain à la face antérieure duquel on a surajouté un demi-anneau mobile destiné à se loger dans le cul-de-sac antérieur (fig. 2).

Cet instrument immobilise l'utérus; le col se trouve serré, le demi-anneau mobile exerce sur le cul-de-sac antérieur une pression qui est mal supportée. L'appareil assez compliqué est difficile à poser, difficile à enlever; il s'encroûte volontiers de sels calcaires, il est d'autant plus dangereux que les malades ne peuvent pas l'enlever elles-mêmes. Pour ma part, depuis longtemps je ne m'en sers plus.

Les gynécologistes allemands se servent volontiers d'un anneau de laiton recouvert de gutta-percha assez flexible pour qu'on puisse le façonner et lui donner la forme voulue, et assez rigide cependant pour que cette forme puisse être conservée (fig. 3). Ils forment avec cet anneau une sorte de huit de chiffre, comme si l'on

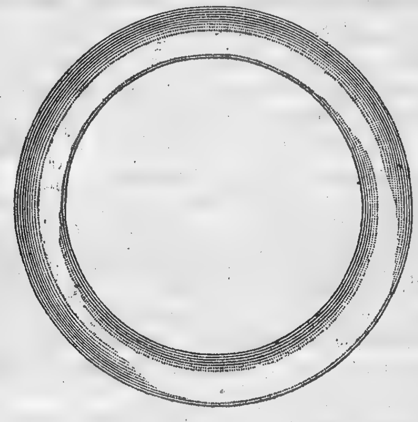


Fig. 3.

avait deux anneaux juxtaposés; on fléchit un de ces anneaux sur l'autre sous un

---

à frotter leurs antennes contre le corselet de leurs compagnes, pour leur faire part des ordres donnés ou du danger qui les menace, mais bien un langage parlé qui les fait admirablement se comprendre entre elles.

Ces mouches n'ont pas, comme nous qui nous donnons avec tant de fatuité l'épithète de rois de l'univers, l'ennui d'avoir plusieurs langues à apprendre et à parler; en un mot, il n'y a parmi elles ni mouches anglaises, ni françaises, ni russes, ni espagnoles, ni allemandes, ni ottomanes, ni auvergnates. Non! elles ont, paraît-il, une langue universelle qui leur permet de se comprendre, fussent-elles aux antipodes. — Heureuses mouches!

L'appareil employé par notre Anglais pour cette découverte fut le microphone. De même que le microscope grossit à nos yeux la *spore* la plus infime ou la plus invisible des puces, de même le microphone a pour but de rendre sensibles à nos oreilles les sons les plus imperceptibles.

Une mouche fut placée sur l'instrument, et, pendant le temps de l'expérience, des bruits divers furent entendus; ces bruits, distincts du bourdonnement des ailes, ressemblaient, nous dit l'expérimentateur, aux hennissements d'un cheval dans le lointain. Heureusement que ces sons ne peuvent être perçus par nos oreilles, sans cela nos appartements seraient absolument inhabitables l'été.

Si cette découverte est poussée plus loin, vous verrez que, dans un avenir plus ou moins éloigné, on finira par sténographier le langage des mouches et qu'on vous apprendra ce que ces hyménoptères disent dans leurs réunions publiques et leurs assemblées politiques. Nous finirons par lire dans certains journaux le compte rendu de leurs débats judiciaires et ce qu'elles pensent de nous, lorsque nous nous permettons de leur faire la guerre et de les détruire.

angle aigu, puis chacun des anneaux est recourbé sur le plat, les deux convexités se regardant (fig. 4).

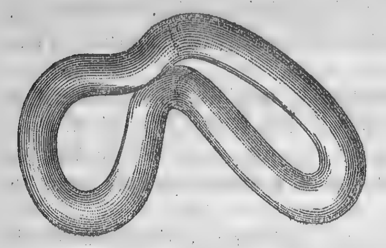


Fig. 4.

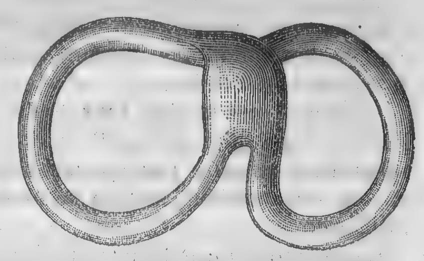


Fig. 5.

L'appareil en place, l'un des anneaux s'appuiera à la face postérieure de la symphyse et aura une direction presque verticale. — L'autre anneau à direction presque horizontale recevra le col et se logera dans le cul-de-sac. — L'anneau vertical servant de point d'appui, s'adossant à des surfaces étendues (la pression exercée sera réduite à son minimum), l'anneau horizontal, qui sert de soutien, étaiera l'utérus par toute l'étendue du cul-de-sac. Il paraît évident qu'avec cet appareil on réduira les pressions toujours si fâcheuses à leur minimum et c'est déjà là un avantage considérable; mais ce n'est pas tout, l'anneau horizontal pourra être modifié de telle façon qu'il pourra servir dans les différentes versions de l'utérus. C'est ainsi que quand on aura affaire à une rétroversion il suffira de relever fortement le segment postérieur pour maintenir réduite la rétroversion; quand, au contraire, on aura affaire à une antéversion, c'est le segment antérieur qui devra être la partie la plus saillante; en relevant le segment latéral droit ou gauche on aura un pessaire à latéréversion droite ou gauche. Cet appareil, très simple et très ingénieux, qui mérite vraiment le nom de pessaire universel, prête cependant le flanc à quelques critiques.

Sa forme n'est pas suffisamment stable, elle s'altère pendant le temps de l'introduction, elle se modifie encore sous l'influence des pressions et de la chaleur de la cavité vaginale. Il arrive un peu ici ce qui arrive pour les anneaux de caoutchouc durci et qu'on façonne après un court séjour dans l'eau bouillante. On donne à ces anneaux la forme de l'anneau américain, et on est tout étonné de retirer, un ou deux

---

***

Voulez-vous que je vous distraie un instant des choses de la médecine et de la pharmacie? Laissez-moi vous rappeler, si vous la connaissez, une pièce de vers charmante, les premiers que le marquis de la Fare ait composés à l'âge de 60 ans et qu'il adressa à Mme de Caylus, l'une des plus remarquables personnes de son siècle par sa beauté, son esprit et ses grâces.

M'abandonnant un jour à la tristesse,
Sans espérance et même sans désirs,
Je regrettais les sensibles plaisirs
Dont la douceur enchanta ma jeunesse.
Sont-ils perdus, disais-je, sans retour?
Et n'es-tu pas cruel, Amour,
Toi que j'ai fait, dès mon enfance,
Le maître de mes plus beaux jours,
D'en laisser terminer le cours
A l'ennuyeuse indifférence?
Alors j'aperçus dans les airs
L'enfant maître de l'univers,
Qui, plein d'une joie inhumaine,
Me dit, en souriant : Tircis, ne te plains plus;
Je vais mettre fin à ta peine,
Je te promets un regard de Caylus.

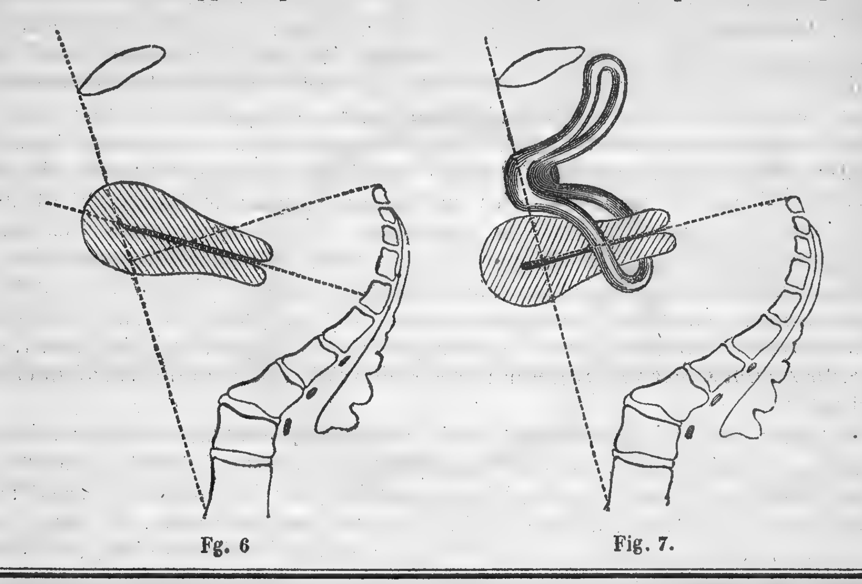
***

mois après, un anneau ayant la forme d'un cercle; sous l'influence de la chaleur le caoutchouc a repris sa forme première.

Lorsqu'avec le pessaire allemand on fait un pessaire à antéversion, le poids de l'utérus porte à travers le cul-de-sac antérieur sur les saillies qui se trouvent à l'angle de réunion des anneaux. Cette pression est souvent assez mal supportée par le cul-de-sac antérieur.

C'est pour ces motifs, sans doute, qu'un gynécologiste anglais, Graily-Hewit, a modifié le pessaire allemand en donnant à cet appareil une forme fixe, et en réunissant les anneaux par une plaque lisse légèrement convexe, qui se loge dans le cul-de-sac antérieur, sert de point d'appui à l'utérus et n'exerce pas de pression fâcheuse.

Ce pessaire en caoutchouc durci provoque moins de sécrétion que l'anneau de laiton recouvert de gutta-percha, il ne s'encroûte pas de sels calcaires comme les anneaux d'aluminium. Depuis deux ans que j'en fais usage, il m'a paru être au moins aussi bien supporté que l'anneau américain, et il n'est pas douteux que les



Fg. 6 Fig. 7.

*L'imagination américaine.* — Nous parlons quelquefois de l'imagination des Gascons et des Marseillais, mais peut-elle être comparée à celle des Américains ?

L'Amérique est maintenant le pays classique des inventions, et tout ce qu'elle n'invente pas on le lui attribue.

Ce n'est pas seulement dans l'industrie que se développe son génie inventif, elle l'applique à tout.

Ainsi, pour le châtiment de Guiteau, l'assassin du président Garfield, un médecin de l'Illinois vient de proposer la peine suivante :

Un tireur habile lui ferait exactement la même blessure qu'il a faite à M. Garfield.

Ensuite, on le livrerait aux mêmes médecins, qui lui feraient subir les mêmes opérations qu'ils ont faites à M. Garfield.

S'il meurt, il aura souffert autant que sa victime; si on le sauve on pourra le pendre après.

Vous voyez que c'est la loi de lynch avec des raffinements exquis.

***

**Rions un peu, voulez-vous?** Pour cela passons à la correctionnelle :

*Un homme enrhumé.* — Planquin comparaît en correctionnelle, il a fait le mouchoir d'un vieux monsieur appelé à la barre et qui va nous raconter la chose.

J'étais, dit-il, arrêté dans une foule qui entourait un chanteur à l'orgue, et j'écoutais attentivement une chanson qui me plaisait beaucoup, afin d'en retenir l'air et de pouvoir la chanter au dessert quand je dîne chez des amis, ce qui fait que je ne pensais pas du tout aux personnes qui m'environnaient.

anneaux qui ont une forme fixe, comme l'anneau américain et le pessaire de Graily, Hewit, sont supérieurs aux pessaires universels des Allemands. La pose du pessaire de Hewit n'offre pas plus de difficultés que celle de l'anneau américain. Introduit perpendiculairement, la plaque regardant directement en haut, on déprime fortement la commissure et la paroi vaginale postérieure qu'on suit jusqu'au cul-de-sac correspondant; alors par un léger mouvement de bascule, l'anneau vertical se rapproche du pubis et s'y appuie, tandis que la plaque s'engage dans le cul-de-sac antérieur, soulève l'utérus et le redresse. Si, l'instrument étant en place, on va à la recherche du col, on le trouve engagé dans l'anneau, sur un plan un peu postérieur mais dans la direction de l'axe du détroit supérieur (fig. 6 et 7).

Si l'on prend soin de ne placer ces anneaux que quand le toucher pratiqué avec soin n'éveille aucune douleur ni sur le museau de tanche, ni dans le cul-de-sac; si l'on prend soin de les enlever dès qu'ils causent un peu de gêne ou une sécrétion vaginale plus abondante, il me paraît difficile qu'on puisse avoir à regretter un accident. Il est prudent d'ailleurs d'apprendre aux malades à retirer elles-mêmes cet anneau, et elles y arrivent assez facilement.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

## BIBLIOTHÈQUE

**TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES**, par L. Voillemier et A. Le Dentu. — T. II*e*
*Maladies de la prostate et de la vessie*, par A. Le Dentu. G. Masson, éditeur.

Il a fallu, non-seulement beaucoup de science, mais aussi un grand courage, pour entreprendre de compléter l'ouvrage de Voillemier. Non que le tome I*er* des *Maladies des voies urinaires* nous paraisse une œuvre inabordable, et tellement supérieure qu'on ne puisse l'égaler; loin de là, ce livre, où beaucoup de chapitres sont remarquables et où se trouvent d'excellents détails de pratique, nous a toujours semblé offrir des points défectueux et des lacunes. Mais il faut songer au travail énorme que représente, pour un chirurgien déjà passé au rang des maîtres, un volume compacte de 800 pages sur les maladies de la prostate et de la vessie, sans compter les généralités importantes qui en forment la dernière partie, et qu'un traité moderne sur les affections des voies urinaires ne pouvait laisser dans l'oubli; il faut également songer au travail moins long, mais aussi difficile, que M. Le Dentu assume pour l'avenir, car il est désormais engagé à mettre le premier volume au niveau du second, et à le faire bénéficier des progrès que l'esprit un peu réfractaire de Voillemier n'avait pas acceptés, ou qui ont vu le jour après lui.

---

Voilà qu'à un moment je sens comme un petit tiraillement de ma poche de derrière; je crois que c'est quelqu'un qui s'approche pour entendre mieux et je ne bonge pas, afin de ne pas perdre mon air *de vue*.

Mais tout à coup : d'zin ! une secousse dans ma poche m'y fait porter vivement la main et j'en saisis une qui tenait mon mouchoir. Je crie : au voleur ! Un agent qui écoutait chanter écarte la foule, le musicien arrête son orgue, le sergent de ville arrête mon voleur...

Et le témoin s'arrête lui-même sur l'ordre de M. le président, le fait étant suffisamment exposé.

M. le président : Eh bien, Planquin ?

Planquin éternue après la difficulté ordinaire et la grimace connue.

Planquin : M'sieu ?

M. le président : Vous avez entendu ?

Planquin : Oh ! comme un ange; mais je vas vous dire... (signes précurseurs d'éternument) cet homme âgé... fait... illu... (Il éternue) excusez ! si vous plait... dire que je ne fais qu'éternuer depuis quatre jours, qu'on n'a jamais vu de pareil rhume de cerveau.

M. le président : Que voulez-vous dire du témoin ?

Planquin : Je disais qu'il fait illusion.

M. le président : Vous voulez dire qu'il fait erreur ?

Planquin : Je veux dire qu'il y a illusion de sa part.

M. le président : Démontrez-nous cela.

Planquin : M'étant lavé les pieds la veille...

A peine aidé par quelques notes éparses et quelques chapitres incomplets que Voillemier a laissés, et malgré la modestie avec laquelle il se donne comme le continuateur de son maître, notre collègue a fait, en écrivant ce livre, une œuvre originale. Il a mis un soin particulier à coordonner cette foule de questions où l'esprit se perd tout d'abord, et à tracer un plan qui jetât quelque clarté dans leur étude. Voici un aperçu de la division qu'il a choisie.

I. Maladies de la prostate. — Ce premier groupe contient, dans autant de chapitres, les lésions traumatiques, les inflammations aiguës et chroniques, l'hypertrophie, les kystes, la tuberculose, le cancer, etc. — Un *appendice* est consacré aux maladies des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs. Nous dirons à ce propos que M. Le Dentu s'est donné la tâche difficile de rassembler les faits rares ou mal connus, mais non dépourvus d'intérêt pratique, que la plupart des traités passent commodément sous silence. Il a dû, pour faire un livre complet et vraiment au courant de la science, scruter profondément la littérature française et étrangère. Il en résulte un ouvrage auquel on peut se fier, et qui ressemble aussi peu que possible aux compilations rapides et sans autorité que représentent trop souvent les traités appelés didactiques.

II. Maladies de la vessie. — La seconde partie est la plus étendue. « L'abondance des matières, dit l'auteur, m'a déterminé à créer un certain nombre de groupes dans lesquels j'ai réuni les sujets ayant entre eux un lien réel, au point de vue de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. Il m'a semblé que cette manière de procéder aurait pour avantage d'introduire dans ma classification un peu plus de méthode qu'il n'y en a ordinairement dans les traités des affections des voies urinaires. » Ceux-ci, n'étant souvent que des accumulations de procédés d'auteurs, de descriptions instrumentales et de succès thérapeutiques, se préoccupent médiocrement d'enseigner la pathologie, et de faire comprendre les maladies avant d'apprendre à les guérir; nous n'avions pas à craindre que M. Le Dentu tombât dans ce travers. — On trouve ici les subdivisions suivantes : 1° *lésions traumatiques*; 2° *affections inflammatoires aiguës et chroniques* (de longs développements sont consacrés aux diverses formes de catarrhes); 3° *altérations matérielles en corrélation avec les difficultés de la miction* (atrophie, hypertrophie, cellules et poches vésicales) ; 4° *processus destructifs* (gangrène, ruptures, infiltrations, fistules, etc.) ; 5° *troubles de la sensibilité et de la motilité* (irritabilité, névralgie, spasmes, valvules, etc.) ; 6° *tumeurs bénignes* (kystes, myomes, végétations, fongus, etc.); 7° *productions malignes* (tuberculose, cancer) ; 8° *corps étrangers et calculs; 9° vices de conformation.* — L'auteur a porté le plus grand soin à la description de tous les phénomènes cliniques déterminés par les pierres vésicales ; il a discuté complétement les méthodes opératoires et leurs indications, comparant leur valeur aux divers âges, dans les deux sexes, portant un jugement éclairé sur la lithotritie périnéale, sur la taille hypogastrique, que plusieurs chirurgiens cherchent aujourd'hui à remettre en honneur, donnant enfin la place qui lui convient à la litholapaxie ou lithotritie rapide.

---

M. le président : Quel rapport cela a-t-il ?...

Planquin : Pardonnerez ! vu que ça m'avait fichu un... (signe précurseur d'éternument) un rhu... Ah ! il ne me lâchera pas (il éternue), un rhume de cerveau. Alors ayant oublié mon mouchoir, vous comprenez... n'y a rien de gênant comme d'avoir le nez qui vous coule comme une borne (il éternue) fontaine et d'avoir oublié son mouchoir, n'étant pas de ces personnes mal élevées qui ont l'habitude de ne pas s'en servir, comme il est notoire dans le bas peuple, qu'on a cette habitude malpropre et insociable, dont je ne suis pas de ceux-là, Dieu merci.

M. le président : Oui, et vous avez pris le mouchoir du témoin.

Planquin : Pas pour le voler, pour me moucher simplement, dont je l'aurais remis après.

M. le président : Le tribunal appréciera; asseyez-vous !

Le tribunal délibère.

Planquin : Tous les jours, ces choses-là arrivent, et on n'arrête pas le monde pour çà ; un monsieur oublie son mouchoir, il se mouche dans celui d'un autre et il le lui rend ; ça se fait partout; on n'est pas un voleur pour... (il éternue) pour ça. On est enrhumé, v'là tout.

Malheureusement pour Planquin, il a déjà été condamné quatre fois pour vols à la tire; d'où le cinquième à trois mois de prison pour le vol du mouchoir.

Planquin : Ça m'apprendra à me laver les pieds; c'est bien fait. (Il sort en éternuant.)

***

Et pour finir, de la correctionnelle passons à la Cour d'assises.

La femme d'un pharmacien est accusée d'avoir empoisonné son mari avec de la vératrine.

III. COMPLICATIONS ET ACCIDENTS COMMUNS AUX AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES. — Viennent enfin quatre chapitres où sont traitées des questions d'un ordre plus général, et qui aujourd'hui ne sauraient être négligées dans un livre sur les voies urinaires. Une étude d'ensemble sur l'*hématurie,* ses causes multipliées, ses caractères cliniques, sa valeur séméiotique et son traitement, est d'une utilité manifeste. — Pour quiconque a vu des urinaires, les *complications rénales* méritaient aussi une description à part. — Un chapitre original et plein d'intérêt, comme discussion étiologique et clinique, est celui que l'auteur consacre à des faits curieux et rares, les *paraplégies urinaires*, et qu'il termine ainsi : « Pour nous, le type de la paraplégie urinaire est celle qu'on peut rapprocher des paraplégies utérines et intestinales. Mêmes symptômes, même évolution, et sans doute aussi même pathogénie, telles sont les bases de ce rapprochement imposé par bon nombre de faits cliniques sévèrement analysés. »—Enfin, M. Le Dentu prend à son origine et développe l'histoire des accidents « que le plus grand nombre des auteurs a décrits sous la dénomination de fièvre urineuse. Cette désignation, dit-il, nous paraissant inexacte, parce qu'elle est trop exclusive, nous avons intitulé notre dernier chapitre : *Accidents fébriles; septicémie urinaire; urémie.* » Nous ne pouvons suivre l'auteur dans la discussion d'un « sujet aussi vaste et aussi embrouillé » ; bornons-nous à dire qu'il ne veut pas attribuer à une cause unique tous les accidents rangés par certains auteurs sous la dénomination commune d'intoxication urineuse, et qu'au nom de l'observation clinique il divise les accès fébriles des urinaires en plusieurs catégories nettement tranchées.

Le public médical appréciera, nous n'en doutons pas, la somme de talent et de labeur dépensée dans cet ouvrage, et lui fera l'accueil réservé aux travaux sérieux et utiles.

L.-Gustave RICHELOT.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Antoine BREGUET lit une note de M. Al. Graham Bell, sur un appareil permettant de déterminer, sans douleur pour le patient, la position d'un projectile de plomb ou d'autre métal dans le corps humain.

« L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie a pour objet la recherche de l'emplacement exact occupé par des balles de plomb, des éclats d'obus ou des substances métalliques dans le corps de personnes blessées par une arme à feu, et peut se considérer comme une forme de la balance d'induction bien connue du professeur Hughes.

Cet explorateur permet de déterminer cette position avec une précision la plupart du temps très grande, et cela sans aucune douleur pour le patient, ce qui n'est pas le cas lorsqu'on se sert de sondes métalliques qui doivent être amenées en contact direct avec le projectile.

---

Le président l'interroge :

— Qu'est-ce qui a pu vous décider à employer, pour tuer votre mari, ce poison que presque personne ne connaît?

— C'est lui-même, Monsieur le président.

— Lui?

— Mais oui, il me répétait sans cesse que c'était un poison qui ne laissait pas de traces.

***

Cette fois-ci, bien-aimé lecteur, je vide mon sac, et si vous ne venez à mon secours, ces colonnettes feront peut-être *relâche* samedi prochain.

Dr SIMPLICE.

---

SOLUTION HUILEUSE CRÉOSOTÉE. — BOUCHARD et GIMBERT.

| | |
|---|---|
| Huile de foie de morue. . . . . . . . . . . | 150 grammes. |
| Créosote pure . . . . . . . . . . . . . . . | 1 à 2 grammes. |

Mêlez. — Une à quatre cuillerées dans les vingt-quatre heures aux personnes atteintes de phthisie pulmonaire. — N. G.

L'instrument se compose essentiellement d'un système de deux bobines plates, parallèles et superposées en partie l'une à l'autre, de manière que le bord de chacune d'elles passe auprès de l'axe de l'autre. L'une de ces bobines est faite de fil gros, c'est le circuit primaire; l'autre de fil fin, c'est le circuit secondaire. L'ensemble des bobines est noyé dans une masse de paraffine et placé à l'intérieur d'une planchette en bois, munie d'une poignée. Un courant vibratoire, provenant d'une pile, traverse la première bobine, tandis que le circuit de la seconde comprend un téléphone ordinaire.

Dans ces conditions, aucun son ne sera perçu dans le téléphone. Mais si l'on approche de la partie commune aux deux bobines un corps métallique quelconque, le silence fera place aussitôt à un son dont l'intensité dépendra de la nature et de la forme de ce corps métallique et aussi de sa distance. Remarquons, à ce propos, que la forme la plus favorable serait, pour le projectile exploré, celle d'un disque plat parallèle à la surface de la peau, et que la plus défavorable serait celle d'un disque semblable perpendiculaire à cette même surface.

Il est difficile, dans la pratique, de réaliser la superposition exacte et convenable des bobines, aussi convient-il d'intercaler respectivement dans les circuits primaire et secondaire deux nouvelles bobines, analogues aux premières, mais beaucoup plus petites, dont la surface commune peut être modifiée par le jeu d'une vis micrométrique. On arrive très rapidement, au moyen de ce réglage, à réduire le téléphone au silence le plus complet.

Si l'on veut déterminer la profondeur à laquelle se trouve la masse métallique, cela est facile, si l'on connaît *à priori* sa forme, son mode de présentation et sa substance. Il suffit, en effet, de dérégler l'appareil, tandis qu'il est appliqué sur la peau, jusqu'à ramener le téléphone au silence; après quoi, retirant l'appareil, on en approche la masse auxiliaire, identique à celle explorée, jusqu'à reproduire à nouveau le silence, et la distance de cette masse à l'explorateur donne la mesure qu'il s'agit de déterminer. »

M. Vulpian présente une note de M. Ch. Richet sur la toxicité comparée des différents métaux.

« Il m'a paru qu'on pouvait remplacer les expériences de toxicologie, dans lesquelles on injecte sous la peau ou dans les veines d'un animal une quantité déterminée de poison, par des expériences dans lesquelles le milieu respiratoire est intoxiqué. On évite ainsi les inconvénients dus au poids variable de l'animal et aux réactions chimiques perturbatrices consécutives à une injection brusque dans le sang. On peut atteindre une grande précision et faire facilement beaucoup d'expériences.

Si l'on plonge un poisson dans une solution toxique, il meurt avec une rapidité qui dépend de la concentration plus ou moins grande du poison.

J'appelle *limite de toxicité* la quantité maximum de poison (rapportée à 1 litre d'eau) qui permet à un poisson de vivre plus de quarante-huit heures. Ainsi, la limite de toxicité, pour le chlorure de lithium, sera la moyenne entre 3 $g^r$ et 2 $g^r$,6, soit 2,8.

J'ai alors déterminé, par cette méthode, la limite de toxicité de divers métaux, en ayant soin d'employer toujours le même radical acide (chlorures); des expériences préparatoires m'avaient, en effet, montré que les azotates sont plus toxiques que les chlorures. Quant aux sulfates, ils sont trop peu solubles pour servir à ces expériences.

Il n'y a pas de relation précise à établir entre le poids atomique d'un corps et sa toxicité. Le cuivre est six cents fois plus toxique que le strontium, quoique son poids atomique soit moindre. Le lithium, dont le poids atomique n'est que le vingtième du poids du baryum, est cependant trois fois plus toxique, etc. Même pour les métaux de la même famille chimique, la relation entre le poids atomique et la toxicité n'existe pas. Ainsi, le cadmium (112) est moitié moins toxique que le zinc (65). Le lithium (17) est soixante-dix fois plus toxique que le sodium (23), etc.

Il ressort aussi de mes expériences qu'il n'y a pas de relation à établir entre la fonction chimique d'un corps et sa puissance toxique. En effet, le potassium et le sodium, dont les propriétés chimiques sont si voisines, sont très inégalement toxiques. 1 gramme de potassium est près de 250 fois plus toxique que 1 gramme de sodium.

D'ailleurs, l'emploi de cette méthode des milieux toxiques, au lieu des injections toxiques, permet de résoudre diverses questions importantes, sur lesquelles je reviendrai. »

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Cas de tétanos traumatique. — Guérison par la fève de Calabar et le chloral hydraté*, par le docteur Anderson. — Le 31 janvier 1881, entrait à l'Hôpital général (Nottingham), dans le service du docteur Wright, un jeune homme de 18 ans, qui, quelques jours auparavant, avait eu les doigts auriculaire et annulaire de la main gauche déchirés par une machine. Il présen-

tait les premiers symptômes du tétanos, trismus, spasmes des muscles de la nuque, etc. ; enfin il éprouvait des spasmes du diaphragme. Pendant vingt jours, on lui administra à l'intérieur de l'extrait de fève de Calabar et du chloral hydraté. Le 15 avril, la guérison était complète.

Pendant la durée de la maladie, une quantité totale de 290 grammes d'extrait de fève de Calabar fut ingérée et ne détermina pas d'accident d'intolérance. Les accès spasmodiques ne furent pas moindres quant à leur nombre, mais ils furent caractérisés par la diminution de la roideur musculaire. L'hydrate de chloral, qu'on avait prescrit dans le but de procurer le sommeil, manqua rarement de produire cet effet. La température axillaire s'éleva au début à 102 Farenheit, mais dans la période de déclin elle tomba à 82. Enfin, on constata l'absence de douleurs et des signes d'irritation dans les parties blessées (*The Lancet*, p. 286.—13 août 1881). — Ch. E.

*Des réflexes*, par le docteur Geo.-L. Walton. — L'auteur s'est inspiré des leçons du professeur Erbs, de Leipzig, sur le diagnostic des maladies du système nerveux, et dans ce travail a passé en revue les principaux réflexes : réflexes de la peau, du crémaster, des muscles de l'abdomen, de la mamelle, des paupières, les réflexes tendineux du genou, du tendon d'Achille, du triceps, les réflexes des sphincters pupillaire et du palais.

Le réflexe rotulien a une importance clinique, car il manque rarement dans les lésions spinales de la région dorsale. Absent quelquefois dans l'état de santé, il fait toujours défaut dans le tabes dorsalis et la paralysie atrophique de cause périphérique.

Le réflexe du tendon d'Achille peut se manifester après une excitation, dans l'état de santé, mais alors il consiste seulement dans deux ou trois contractures. Dans les lésions spinales, il est beaucoup plus intense et donne lieu à une série de contractions distinctes et permet le diagnostic probable de l'affection médullaire. Chez certains malades, il existe simultanément des reflexes péroniers et des réflexes des muscles du membre supérieur de la paroi abdominale, de plus, des muscles qui aussi dans l'état de santé, tels que le deltoïde, par exemple, peuvent donner lieu à ces phénomènes.

D'autres réflexes, tels que la toux, l'éternument, les réflexes du palais peuvent être le résultat d'un trouble morbide sous l'influence de la maladie ou se montrer sous l'influence d'une cause excitatrice extérieure (substance pulvérulente dans le larynx, suffocation, etc.). C'est ainsi que se manifestent le vaginisme, le spasme uréthral dans le cathétérisme, la défécation à la suite d'une vive émotion ou d'une douleur.

En résumé, les réflexes ont une valeur diagnostique incontestable, et dans certaines affections les réflexes normaux sont augmentés ou bien de nouveaux réflexes se manifestent, qui n'existent pas à l'état de santé (*Boston med. and Surg. journ.*, 4 août 1881). — Ch. E.

*Oxalurie avec symptômes de calcul vésical. — Absence de calcul; phénomènes de paralysie réflexe. — Guérison*, par le docteur Norton. — Le 4 juin, entrait à l'hôpital Sainte-Marie, un homme de 44 ans, qui éprouvait des douleurs dans la verge et le périnée après le passage de l'urine. Ces douleurs s'étendaient aux testicules, dans la région fessière et jusqu'à l'os iliaque, surtout du côté gauche. Il avait de plus de l'incontinence d'urine. Le cathétérisme, pratiqué à deux reprises, ne donna aucun renseignement clinique. L'urine, de couleur jaune pâle, a pour densité, 10,25. Sa réaction est alcaline, et à l'aide du microscope, on constate la présence de quelques cristaux d'acide oxalique, de quelques globules de pus et des traces de phosphates. L'albumine fait défaut. Le 21 juin et les jours suivants, le malade éprouve de vives douleurs dans les membres inférieurs, surtout pendant la nuit. Le 24 juin, on constate une diminution de la puissance musculaire de ces membres, une gêne de la parole, la déviation de la langue du côté droit, du ptosis de la paupière supérieure gauche. Par moments toutefois, il peut soulever ses membres, surtout le droit, au-dessus de son lit. Il a de la diplopie, et une vascularisation excessive de la moitié gauche du front, de la pupille de l'œil gauche et de la partie gauche de la tête et du cou. Ces phénomènes morbides disparurent successivement après une durée de quelques jours et à la suite de douleurs très vives dans le testicule droit. La guérison fut complète et le traitement consista au début dans l'emploi des alcalins et plus tard dans l'usage des ferrugineux (*The Med. press. and Circ.*, p. 148.—17 août 1881).— Ch. E.

*Observations de deux cas de lésions intra-crâniennes*, par le docteur Chresman, médecin de Bellevue-Hospital (New-York). — Ces deux cas présentent de l'intérêt au point de vue des localisations cérébrales. La première malade éprouvait, à son entrée à l'hôpital, des spasmes du côté droit de la face. Depuis deux mois, ces convulsions sont fréquentes et durent quelques minutes. De plus, depuis le dernier mois, elles s'étendent aux membres supérieur et inférieur de ce même côté. Pendant ces attaques convulsives, la malade conserve sa connaissance, et dans leur intervalle elle n'est atteinte d'aucun trouble morbide. La sensibilité générale, les fonctions visuelles et auditives, les mouvements de l'œil sont normaux.

Mais deux jours après son entrée, la malade perd connaissance dans une nouvelle attaque et quand elle reprend conscience, elle est paralysée du côté droit. Elle répond bien aux questions qu'on lui pose; mais l'articulation des sons est embarrassée. Par intervalle, on constate de la déviation conjuguée des yeux du côté gauche; les pupilles sont normales, la température de 100 degrés Farenheit. Il existe de l'albumine et des cylindres dans l'urine, mais le cœur ne présente pas de lésions. Cette malade succombe le troisième jour après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on constate du ramollissement de l'hémisphère gauche. Ces altérations, circonscrites aux circonvolutions frontale ascendante, pariétale ascendante et à une portion de la troisième circonvolution frontale, avaient à l'œil nu l'apparence d'un ramollissement aigu, mais au microscope on reconnut l'existence d'un gliome.

La deuxième malade, à son entrée à l'hôpital, était dans le coma, de sorte qu'on n'a pu connaître le début de l'affection. Les pupilles étaient normales et il n'existait ni albuminurie, ni lésions cardiaques. Le jour de son admission, elle présenta des convulsions des muscles de la face, du cou et du membre supérieur du côté droit. Ces convulsions persistèrent pendant toute la nuit et la malade succomba le lendemain avec des symptômes d'œdème pulmonaire.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion traumatique des parois du crâne. Un caillot recouvrait partiellement la surface de chacun des hémisphères et au-dessous de lui la substance cérébrale était ramollie. La zone affectée comprenait sur l'hémisphère droit l'extrémité supérieure de la première circonvolution frontale ascendante; sur l'hémisphère gauche, la partie supérieure de cette même circonvolution frontale ascendante et de plus l'extrémité postérieure de la première circonvolution frontale. Les lésions étaient moins marquées du côté droit que du côté gauche.

Cette observation est remarquable par l'absence de symptômes correspondant à la présence du caillot sur les circonvolutions de l'hémisphère droit (*Archives of Med.*, *New-York*, août 1881, p. 84). — Ch. E.

## COURRIER

Société de médecine légale. — Séance du lundi 14 novembre 1881, à 3 heures précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5ᵉ Chambre du tribunal civil), entrée par le boulevard du Palais.

*Ordre du jour* : I. Communication de M. le docteur Billaudeau (de Soissons), sur un cas d'infanticide. — II. Communication de M. Gillet de Grandmont, sur la vision des couleurs, au point de vue médico-légal. — III. Note de M. Brouardel, sur quelques cas de mort par coliques hépatiques, ayant donné lieu à des soupçons d'empoisonnement. — IV. Rapport de M. Chaudé, sur la question de savoir si les médecins autorisés, en vertu de l'art. 27 de la loi de germinal an XI, à fournir des médicaments à leurs clients, sont tenus de subir les visites d'inspection imposées aux pharmaciens.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiqnes.* — M. le professeur A. Fournier reprendra ce cours le vendredi 18 novembre 1881, à 9 heures 1/2, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Vendredi, leçon à l'amphithéâtre; mardi, leçon au lit des malades.

Clinique de l'hôpital des Enfants, 149, rue de Sèvres. — M. Bouchut reprendra ses leçons cliniques, le mardi 15 novembre, à 8 heures dn matin, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

La première séance sera consacrée à la cérébroscopie, au moyen de projections lumineuses des lésions intra-oculaires en rapport avec les maladies cérébrales.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les *Maladies des voies urinaires*, le vendredi 18 novembre, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique des maladies des femmes a l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 19 novembre 1881, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault.

Les jeudis, consultation avec examen au spéculum.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

## CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1);

Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881

Par M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

**Malades actuellement en traitement.**

Injections à 10 milligrammes.

Obs. CXLIII. — Marie B..., 22 ans, fleuriste. Entrée le 27 septembre, salle Saint-Louis, lit n° 21. Antécédents strumeux et tuberculeux. Chloro-anémie. Début de la syphilis il y a un an.

*Examen.* — Nombreuses syphilides papulo-érosives et diphthéroïdes des grandes lèvres qui sont très tuméfiées. Syphilides érosives des petites lèvres. Adénopathie inguinale et cervicale postérieure aphlegmasique. Vitiligo du cou. Syphilide érythémateuse du tronc. Alopécie, céphalée, courbature, insomnie, fièvre syphilitique. Grossesse de quatre mois. Très mauvaise dentition.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

7 octobre. Syphilides vulvaires s'affaissent. La grande lèvre droite reste volumineuse et présente une induration scléreuse typique. Syphilides cutanées pâlissent. La fièvre syphilitique a disparu.

14 octobre. 15 injections. Aucun accident. Pas de stomatite; pas de gingivite; pas de salivation.

Obs. CXLIV. — Ernestine L..., 21 ans, journalière. Entrée le 4 octobre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 22. A été soignée il y a un an pour syphilis déjà ancienne.

*Examen* — Ecthyma syphilitique du tronc et des membres. Polyadénite inguinale. Grossesse de quatre mois et demi. Alopécie considérable.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes. Première piqûre le 8 octobre.

14 octobre. Aucun accident. Pas de salivation. 7 injections.

Obs. CXLV. — Alexandrine E..., 17 ans, fleuriste. Entrée le 27 septembre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 23. Quelques antécédents scrofuleux. Début de la syphilis il y a six mois.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques multiples des grandes lèvres; syphilides érosives des petites lèvres; syphilides hypertrophiques du pourtour de l'orifice anal; syphilide érythémateuse du tronc. Adénopathie inguinale, cervicale, épitrochléenne.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

7 octobre. Syphilides vulvaires et anales s'affaissent. Persistance des syphilides cutanées.

14. Aucun accident. Pas de stomatite. 15 injections.

Obs. CXLVI. — Clémence C..., 22 ans, couturière. Entrée le 27 septembre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 24. Quelques antécédents rhumatismaux. Syphilis remontant à cinq mois traitée pendant deux mois avec la liqueur de van Swieten. Névropathe.

*Examen.* — Syphilides érosives de la petite lèvre droite et de la fourchette; deux petites syphilides squameuses blanchâtres, saillantes, sur le col de l'utérus. Syphilides papuleuses du tronc, du cou. Adénopathie inguinale et cervicale. Céphalée, courbature, alopécie.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

7 octobre. Amélioration générale. Les syphilides papulo-squameuses du tronc pâlissent.

14 octobre. Aucun accident local ou général, sauf douleur assez vive au point piqué, durant une demi-heure, pendant les premiers jours. 14 injections.

Obs. CXLVII. — Sophie G..., 19 ans. Entrée le 27 septembre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 31. Pas d'antécédents diathésiques. Hystérie. Il y a cinq mois, syphilis soignée avec cinquante pilules de protoiodure d'hydrargyre.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques dont beaucoup sont érosives, de la fesse, du pourtour de l'anus, des grandes lèvres; syphilide papulo-squameuse discrète du tronc et de la face. Adénopathie inguinale multiple aphlegmasique.

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 22, 25, 30 octobre, 5 et 8 novembre.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

14 octobre. Amélioration considérable. Aucun accident. Pas de salivation. 15 injections.

Obs. CXLVIII. — Sylvanie H..., 20 ans, couturière. Entrée le 20 septembre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 35. Pas d'antécédents diathésiques.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres. Rien à l'anus. Polyadénite inguinale. Syphilide érythémateuse du tronc et des membres inférieurs.

*Traitement.* — Injection à 10 millig.

30 septembre. Les syphilides vulvaires s'affaissent. Aucun accident.

14 octobre. Les syphilides vulvaires ont disparu. Les syphilides cutanées pâlissent. Aucun accident. 22 injections.

Obs. CXLIX. — Marie L..., 18 ans, couturière. Entrée le 3 octobre, salle Saint-Alexis, lit n° 1. Antécédents scrofuleux. Syphilis remontant à trois ans, soignée à plusieurs reprises dans notre salle Saint-Alexis.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve; syphilides hypertrophiques végétantes de l'anus. Adénopathie inguinale, cervicale, sous-maxillaire et épitrochléenne aphlegmasique. Rien à la peau ni à la gorge. Légère gingivite au niveau des incisives inférieures.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

10 octobre. Les syphilides vulvaires se sont affaissées très notablement. Céphalée. Pas d'accidents locaux.

14 octobre. 10 injections. Pas de salivation.

Obs. CL. — Augustine R..., 20 ans, journalière. Entrée le 3 octobre, salle Saint-Alexis, lit n° 8. Antécédents scrofuleux. Chloro-anémie. Syphilis remontant à cinq mois.

*Examen.* — Grossesse de deux mois et demi environ. Le père de l'enfant n'est point celui qui a donné la syphilis à la mère. Syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques, érosives et diphthéroïdes très nombreuses de la vulve, de l'anus, de la face interne des cuisses. Polyadénite inguinale. Vitiligo du cou. Syphilides papulo-squameuses du tronc.

*Traitement,* — Injection à 10 millig.

10 octobre. Les syphilides vulvaires s'affaissent notablement, les cutanées persistent. Pas d'accidents locaux.

14 octobre. 10 injections. Pas de gingivite; pas de salivation. Légère douleur lors des premières injections.

Obs. CLI. — Eugénie V..., 16 ans. Rentrée le 4 octobre, salle Saint-Alexis, lit n° 9. Antécédents scrofuleux. Chlorose. Syphilis contractée il y a cinq semaines.

*Examen.* — Herpès vulvaire. Vulvo-uréthro-vaginite blennorrhagique. Polyadénite inguinale cervicale et épitrochléenne. Syphilides papuleuses du tronc et des membres.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

10 octobre. L'herpès vulvaire a presque totalement disparu. Persistance des syphilides cutanées. Syphilide érosive de l'amygdale droite qui est hypertrophiée.

14. 10 injections. Aucun accident; pas de salivation.

Obs. CLII. — Adolphine C..., 24 ans, domestique. Entrée le 27 septembre, salle Saint-Alexis, lit n° 11. Pas d'antécédents diathésiques. Il y a quinze jours, apparition de boutons aux organes génitaux.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques nombreuses des grandes lèvres, érosives des petites lèvres et du capuchon clitoridien, érythémateuses du tronc. Adénopathie inguinale multiple. Céphalée, alopécie, insomnie, courbature.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

10 octobre. Les syphilides vulvaires sont guéries. Les syphilides érosives du capuchon persistent, mais sont en voie de réparation.

14. 17 injections. Aucun accident local ou général.

Obs. CLIII. — Émilie B..., 20 ans, mécanicienne. Entrée le 4 octobre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 10. Antécédents rhumatismaux sans cardiopathie. Il y a trois mois, syphilis. Grossesse de quatre mois. Le père de l'enfant est celui qui a donné la syphilis à la mère.

*Examen.* — Syphilides papuleuses et papulo-érosives des grandes et des petites lèvres, des plis génito-cruraux, du pourtour de l'anus, et du sillon interfessier. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Syphilide papulo-érythémateuse abondante du tronc et du cou; syphilides érosives des deux amygdales.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

14 octobre. Syphilides vulvaires notablement affaissées. Persistance des syphilides buccales et cutanées. 10 injections. Aucun accident.

Obs. CLIV. — Marie R..., 19 ans, boutonnière. Entrée le 4 octobre, salle Saint-Alexis, lit n° 13. Pas d'antécédents diathésiques. Début de la syphilis il y a trois mois.

*Examen.* — Sur le bord libre des grandes et des petites lèvres, au pourtour de l'anus, nombreuses syphilides papuleuses et papulo-érosives dont plusieurs sont volumineuses. Polyadénite inguinale double aphlegmasique. Uréthro-vaginite blennorrhagique. Syphilides papuleuses multiples du vagin et du col de l'utérus.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

10 octobre. Syphilides vulvaires notablement affaissées. Quelques syphilides vaginales et utérines persistent. Aucun accident local. Pas de salivation.

14 octobre. 10 injections.

Obs. CLV. — Jeanne B..., 19 ans, modiste. Entrée le 27 septembre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 14. Très bonne santé habituelle. Pas d'antécédents diathésiques. Début de la syphilis il y a un mois.

*Examen.* — Syphilides érosives du capuchon. Polyadénite inguinale non douloureuse. Alopécie, courbature. Nombreuses syphilides papulo-squameuses du thorax, des membres, du cou, du dos, de la face. Large syphilide érosive de l'amygdale droit.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

3 octobre. Rien à vulve. Les syphilides cutanées pâlissent. Syphilides érosives des amygdales, de la langue, des joues. Aucun accident.

10 octobre. Syphilides cutanées pâlissent. Les squames disparaissent. Amélioration des syphilides buccales.

14 octobre. Aucun accident. Pas de salivation; pas de douleur. 17 injections.

Obs. CLVI. — Claire L..., 20 ans, journalière. Entrée le 4 octobre, salle Saint-Alexis, lit n° 15. Antécédents scrofuleux et rachitiques. Syphilis remontant à deux mois.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives diphthéroïdes des grandes et des petites lèvres. Syphilides papulo-érosives végétantes du pourtour de l'anus. Syphilides papuleuses du col utérin. Uréthro-vaginite blennorrhagique. Syphilides érythémateuses et papuleuses du tronc. Syphilide pigmentaire du cou; polyadénite inguinale, cervicale et sous-maxillaire.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

10 octobre. Syphilides utérines ont disparu. Les syphilides vulvaires et anales s'affaissent notablement. Les cutanées pâlissent.

14 octobre. 10 injections. Aucun accident.

Obs. CLVII. — Marie Z..., 19 ans, brocheuse. Entrée le 27 septembre, salle Saint-Alexis, lit n° 19. Quelques antécédents scrofuleux. Chlorose. Début il y a un mois.

*Examen.* — Nombreuses syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques des grandes et des petites lèvres. Polyadénite inguinale aphlegmasique volumineuse. Syphilides papuleuses et érythémateuses des membres et du tronc. Céphalée, courbature, fièvre syphilitique vespérale. Uréthrite blennorrhagique.

*Traitement.* — Injections à 10 millig.

10 octobre. Syphilides vulvaires guéries, ainsi que la syphilide érythémateuse du tronc.

14 octobre. Persistance de l'amélioration. Aucun accident. 17 injections.

Obs. CLVIII. — Céline C..., 20 ans, couturière. Entrée le 20 septembre, salle Saint-Alexis, lit n° 18. Antécédents scrofuleux (gourme, maux d'yeux). Début de la syphilis il y a cinq mois. Céphalée, insomnie, courbature, alopécie.

*Examen.* — Syphilides papulo-érosives de la face interne des petites lèvres. Syphilides papulo-hypertrophiques périanales. Abcès de la glande vulvo-vaginale gauche. Chancres non infectants multiples des grandes lèvres et des plis génito-cruraux. Uréthro-vaginite blennorrhagique. Polyadénite inguinale double indolente. Ganglions cervicaux, sous-maxillaires, épitrochléens, augmentés de volume. Sur le tronc et les membres, syphilides maculeuses; syphilide squameuse de la paume de la main; syphilides érosives des amygdales et du sillon gingivo-buccal gauche.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes. Bains d'amidon. Poudre d'iodoforme, gargarisme au chlorate de potasse, etc. Capsules au baume de Kurgum.

26 septembre. Aucun accident local ou général.

3 octobre. Les syphilides vulvaires s'affaissent, les anales persistent, mais s'affaissent, ainsi que les syphilides cutanées.

14 octobre. Les syphilides vulvaires, cutanées, buccales ont disparu. Persistance de l'uréthro-vaginite. Aucun accident. Pas de salivation; 22 injections.

Obs. CLIX. — Marie M..., 20 ans, domestique. Entrée le 27 septembre, salle Saint-Alexis, lit n° 20. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Début de la syphilis il y a un mois.

*Examen.* — Chancre infectant de la face interne de la grande lèvre gauche, en voie de réparation. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Très nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques et érosives de la vulve, des plis génito-cruraux, du pourtour de l'anus. Syphilides érythémateuses et quelques syphilides papulo-squameuses du tronc et des membres. Insomnie, courbature, tibialgie, fièvre syphilitique; syphilides érosives des amygdales. Tissu cellulaire très peu développé.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

3 octobre. Les syphilides de la vulve, des plis génito-cruraux s'affaissent; les cutanées pâlissent.

14 octobre. Guérison presque complète des syphilides de la région ano-vulvaire. Syphilide érosive de la lèvre inférieure. Pas d'accidents locaux; pas de salivation; pas de gingivite; 17 injections.

Obs. CLX. — Valérie L..., 28 ans, ouvrière. Entrée le 27 septembre, salle Saint-Alexis, lit n° 25. Quelques antécédents scrofuleux. Syphilis remontant à huit ans.

*Examen.* — Syphilides papuleuses multiples du segment postérieur du vagin. Adénopathie inguinale double, cervicale postérieure et sous-maxillaire; syphilides ulcéreuses du nez (fétidité de l'haleine, nasonnement notable, écoulement muco-purulent).

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes. Huile de foie de morue. Priser la poudre suivante : calomel, 10 grammes; sucre, 50 grammes; irrigations nasales avec : eau, 1 litre; chloral, 50 grammes.

5 octobre. Amélioration notable de la syphilide ulcéreuse du nez. Voix moins nasonnée. L'écoulement purulent est moindre. Aucun accident local ou général. Pas de salivation.

*Exeat,* sur sa demande. 8 injections.

Obs. CLXI. — Lodoïska D..., 29 ans, couturière. Entrée le 13 août 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 27. Antécédents scrofuleux. Syphilis remontant à un an; soignée salle Saint-Alexis pendant trois mois avec la liqueur de van Swieten. En outre, la malade était enceinte. Elle a accouché au mois de juillet d'un enfant mort, un mois avant terme.

*Examen.* — Syphilides ulcéreuses de la grande lèvre droite; syphilides papulo-hypertrophiques et érosives des petites lèvres, du pourtour de l'anus et du pli génito-crural droit.

*Traitement.* — Injections à 9 milligrammes.

30 août. Les syphilides vulvaires sont en voie de disparition.

6 septembre. Les syphilides vulvaires sont guéries. Syphilides érosives de la lèvre antérieure du col. Pas d'accident dû aux piqûres.

12. Plus rien à la peau ni à la vulve.

1er octobre. Injections à 10 milligrammes. Aucun accident; pas de salivation.

10. Tous les accidents syphilitiques ont disparu. On traite la malade avec la solution interne de peptone mercurique. Total : 50 injections.

Obs. CLXII. — Louise R..., 23 ans, lingère. Entrée le 20 septembre, salle Saint-Alexis, lit n° 28. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Début de la syphilis il y a trois semaines.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes et des petites lèvres; syphilide érythémateuse du tronc; syphilides érosives linguales et amygdaliennes. Adénopathie cervicale et inguinale.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

3 octobre. Les syphilides vulvaires s'affaissent; les syphilides linguales sont guéries; pas d'accidents; pas de stomatite.

10. Les syphilides vulvaires sont guéries. Les syphilides cutanées pâlissent. Rougeur des amygdales sans hypertrophie.

14. Aucun accident. Pas de salivation. 21 piqûres.

Obs. CLXIII. — Aline P..., 25 ans, journalière. Entrée le 29 août 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 30. Pas d'accidents diathésiques ou héréditaires. Syphilis remontant à trois mois.

*Examen.* — Quelques syphilides érosives de la vulve; syphilide érythémateuse du tronc;

syphilides érosives des replis gingivo-buccaux. Adénopathie inguinale. Alopécie, céphalée, insomnie, courbature.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

5 septembre. Syphilides vulvaires disparues; syphilides érosives des bords de la langue.

13. Syphilides buccales se réparent. Pas d'accidents locaux, pas de salivation.

20. Syphilides buccales guéries; quelques syphilides érosives de l'anneau vulvaire.

14 octobre. Tous les accidents syphilitiques ont disparu. Aucun accident, sauf légère douleur à la région dorsale due aux nombreuses injections. Total : 45 injections.

Obs. CLXIV. — Laure R..., 21 ans, domestique. Entrée le 4 octobre, salle Saint-Alexis, lit n° 31. Pas d'antécédents scrofuleux. Bonne santé habituelle. Début de la syphilis il y a quinze jours.

*Examen.* — Syphilides papuleuses et papulo-érosives de la face interne des cuisses, des grandes et des petites lèvres, des plis génito-cruraux; adénopathie inguinale syphilitique; syphilides érosives des deux amygdales; syphilide érythémateuse du tronc; adénite cervicale et sous-maxillaire.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

10 octobre. Syphilides érythémateuses pâlissent, les vulvaires et les buccales s'affaissent notablement.

14. Pas d'accidents, sauf gingivite légère. 10 injections.

Obs. CLXV. — Jeanne T..., 32 ans, ménagère. Entrée le 4 octobre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 36. Antécédents tuberculeux; tuberculose pulmonaire. Syphilis remontant à trois ans, soignée à plusieurs reprises mais irrégulièrement avec mercure et iodure de potassium.

*Examen.* — Deux vastes syphilides ulcéreuses serpigineuses de la base de la grande lèvre droite envahissant le périnée. Syphilide pigmentaire du cou. Adénopathie inguinale très volumineuse sans fluctuation.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

14 octobre. Les syphilides ulcéreuses se réparent. La tendance phagédénique disparaît. Douleurs assez vives du dos, gênant le décubitus dorsal. Aucun accident local; pas de salivation. 10 injections.

Obs. CLXVI. — Eugénie G..., 20 ans, plumassière. Entrée le 20 septembre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 32. Antécédents scrofuleux (gourme, adénites). Début de la syphilis il y a un mois.

*Examen.* — Syphilides érosives multiples de la vulve. Polyadénite inguinale aphlegmasique. Uréthro-vulvo-vaginite blennorrhagique. Syphilide érythémateuse du tronc.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes. Capsules au baume de Kurgum; tisane de matico.

3 octobre. État stationnaire; aucun accident.

10. Syphilides vulvaires disparaissent.

14. Syphilides cutanées pâlissent. Aucun accident. 19 injections.

Obs. CLXVII. — Marie M..., 21 ans, couturière. Entrée le 4 octobre, salle Saint-Alexis, lit n° 33. Quelques antécédents strumeux. Chlorose. Début de la syphilis il y a quatre mois.

*Examen.* — Nombreuses syphilides papulo-érosives recouvertes d'un enduit diphthéroïde des grandes lèvres qui sont tuméfiées. Nombreuses végétations. Syphilides papulo-érosives végétantes, en nappe, au pourtour de l'anus; syphilides papulo-squameuses de la face interne des cuisses. Polyadénite inguinale indolente. Syphilides pigmentaires du cou. Roséole, alopécie, céphalée.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

14 octobre. Syphilides vulvaires s'affaissent notablement. Roséole persiste. Aucun accident. Pas de salivation. Total : 10 injections.

Obs. CLXVIII. — Léonie R..., 19 ans, couturière. Entrée le 4 octobre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 37. Pas d'antécédents diathésiques ou héréditaires. Début de la syphilis il y a quinze jours.

*Examen.* — Nombreuses syphilides papuleuses, papulo-érosives, papulo-hypertrophiques de la vulve, des plis génito-cruraux, de la face interne des cuisses. Syphilides papulo-érosives entre les plis radiés de l'anus. Adénopathie inguinale multiple, aphlegmasique. Syphilide érythémateuse du tronc; syphilides papulo-squameuses du cou.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

14 octobre. Les syphilides vulvaires s'affaissent. La roséole pâlit. Pas de salivation; pas d'accidents locaux; pas de gingivite. Total : 10 injections.

Obs. CLXIX. — Marie P..., 22 ans, fille de salle. Entrée le 27 septembre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 38. Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires. Début de la syphilis il y a trois semaines.

*Examen.* — Syphilides papulo-hypertrophiques érosives des grandes et des petites lèvres, du pourtour de l'anus. Polyadénite inguinale double non douloureuse. Roséole légère. Hypertrophie des deux amygdales avec érosions légères. Céphalée, alopécie, insomnie.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

10 octobre. Les syphilides vulvaires se sont considérablement affaissées; l'hypertrophie des amygdales persiste, mais les érosions amygdaliennes ont disparu.

14 octobre. Aucun accident. Pas de salivation. Total : 17 injections.

Obs. CLXX. — Hermine D..., 22 ans, domestique. Entrée le 26 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 42. Pas d'antécédents diathésiques ni héréditaires. Début de la syphilis il y a cinq semaines.

*Examen.* — Alopécie, céphalée, courbature, insomnie, algidité périphérique. Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres; syphilides papuleuses considérables des plis génito-cruraux. Nombreuses syphilides papuleuses du vagin. Roséole. Syphilides papuleuses du tronc. Adénite multiple de l'aine et de la nuque. Syphilides érosives des deux amygdales. A la jambe droite, au-dessous de la malléole interne, syphilides pustuleuses et ulcéreuses de petit volume. Syphilide papuleuse cuivrée de la plante du pied; syphilides érosives entre les orteils.

*Traitement.* — Injections à 10 milligrammes.

1$^{er}$ août. Les syphilides s'affaissent à la vulve.

22. Syphilides vulvaires et interdigitales guéries; quelques syphilides papuleuses du col utérin. Affaissement des syphilides buccales et cutanées.

29. *Exeat.* Guérie. Aucun accident.

*Rentrée* le 4 octobre. Syphilides papulo-hypertrophiques des plis génito-cruraux. Petites syphilides érosives interdigitales du pied droit.

Injections à 10 milligrammes.

14 octobre. Les syphilides vulvaires sont affaissées; les syphilides digitales sont guéries. Total : $27 + 10 = 37$ injections. Aucun accident local ou général.

Obs. CLXXI. — Marie M..., 15 ans 1/2. Entrée le 18 juillet, salle Saint-Alexis, lit n° 46. Syphilis remontant à dix-huit mois traitée très irrégulièrement.

D'abord traitée pour blennorrhagie et métrite, elle est rentrée le 3 septembre 1881 pour accidents syphilitiques.

*Examen.* — Glossite syphilitique tertiaire; sillons extrêmement saillants; hypertrophie de nombreuses papilles linguales; langue très augmentée de volume.

*Traitement.* — Injections quotidiennes de 10 milligrammes; 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

14 octobre. Langue moins volumineuse; sillons moins profonds; mouvements de la langue plus aisés, moins douloureux. Aucun accident; pas de salivation. Total : 19 injections.

(*La suite à un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juillet 1881. — Présidence de M. Charrier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical;* le *Journal des sages-femmes ;* le *Concours médical;* le *Bulletin de la Société française de tempérance,* 3$^{e}$ série, t. II, n° 2 (1881); la *Revue des travaux scientifiques* (juin 1881).

La correspondance manuscrite renferme : une lettre de remerciements de M. le docteur Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, récemment nommé membre titulaire, qui demande en même temps un tour de lecture pour communiquer un mémoire intitulé : *Quelques considérations cliniques sur le muscle releveur de l'anus chez la femme.*

M. le Secrétaire général dépose sur le bureau l'*Éloge* de Léon Voillemier, par M. Hor-

teloup, lu à la Société de chirurgie, et signale à ses collègues le talent avec lequel l'auteur a su remplir cette tâche délicate et difficile d'historien aussi sincère qu'impartial.

—

M. DE BEAUVAIS présente à la Société un amputé porteur d'un bras mécanique. M. Thumara, simple ouvrier ferblantier, a construit lui-même cet appareil d'une simplicité remarquable, qui lui permet d'exécuter les mouvements de rotation du bras avec flexion énergique du coude et de continuer tous les travaux pénibles exigés par sa profession.

M. Polaillon doit remettre une note descriptive de cet ingénieux mécanisme, qui a été déjà soumis à l'examen de la Société de chirurgie.

—

M. RELIQUET, à l'occasion du procès-verbal, présente les photographies du blessé auquel il a réséqué l'extrémité supérieure de l'humérus, et dont il a parlé dans la dernière séance. Chez cet opéré, les mouvements du bras sont conservés, sauf ceux d'abduction et de rotation en dehors.

M. POLAILLON fait remarquer que M. Reliquet, au cours de son opération, a sectionné le deltoïde vers la moitié de sa hauteur, tandis que, dans l'observation qu'il a communiquée, la section du deltoïde a été faite au niveau de son insertion à l'acromion. Ce procédé permet de conserver la longueur des fibres musculaires, et fait éviter la lésion du nerf circonflexe. Chez son malade, l'abduction est encore impossible, mais le deltoïde commence à se contracter, et l'on peut espérer qu'au bout d'un certain temps, le mouvement d'abduction se rétablira dans une limite donnée.

M. RELIQUET répond que la direction de son incision lui a été imposée par le trajet du projectile.

—

M. THEVENOT lit une note sur *un cas de pustule maligne traitée par la teinture d'iode.*

Le 8 février 1881, M. le professeur Verneuil faisait à l'Académie de médecine, sur le « Traitement de la pustule maligne » une communication qui, on pouvait l'espérer, allait faire cesser notre indécision. Nous sommes en effet quelque peu embarrassés pour faire un choix entre deux méthodes. Mais voici que la ligne de conduite tracée par M. Verneuil accuse elle-même de l'hésitation. Ce savant maître ne semble avoir grande confiance ni dans la méthode ancienne, ni dans la méthode nouvelle, et, par une prudence peut-être excessive, il les associe et les emploie concurremment. M. Verneuil propose la destruction radicale de la zone de l'eschare par le fer rouge et une RÉVULSION énergique par des pointes de feu sur la zone indurée et suspecte. C'est là la méthode ancienne modifiée. Puis, comme s'il n'avait pas une entière confiance, il ajoute à ces cautérisations la désinfection interstitielle par les antiseptiques sur la zone du gonflement œdémateux. Il est évident que nous trouvons là les caractères d'une méthode de transition et la marque de l'indécision dans laquelle nous sommes un peu tous. M. le professeur Verneuil ne veut pas abandonner la cautérisation qu'il multiplie même, et puis, tout à coup, comme si sa confiance était ébranlée, il y ajoute la méthode antiseptique. Mais est-ce là un mode de traitement définitif, et ne semble-t-il pas que, si la méthode antiseptique s'offrait à nous avec des faits nombreux, des succès incontestables, elle ferait complètement oublier la cautérisation au fer rouge? Ne serait-il pas alors incontestable que le traitement antiseptique détruit localement mieux que le fer rouge le virus charbonneux, qu'il a en outre le pouvoir de le détruire dans des zones étendues de tissus et même dans tout l'organisme? Joignez à cela l'inappréciable avantage de ne causer aucun délabrement. Mais la méthode est d'hier; si elle compte des succès incontestables, ils sont en petit nombre. De là des doutes et des hésitations très excusables, de là aussi le devoir de publier les faits où la maladie charbonneuse a été traitée par la seule méthode antiseptique. Tant que nous aurons recours à des modes de traitement mixtes, il nous sera impossible de nous former une conviction.

C'est aux travaux de M. Davaine que nous devons la méthode antiseptique. C'est dans les mémoires de ce savant et en particulier dans le mémoire intitulé : *Recherches sur le traitement des maladies charbonneuses chez l'homme,* qu'il faut suivre la série d'idées qui l'ont conduit aux applications cliniques. Voici un court résumé de ce travail.

La découverte de la bactéridie a permis de suivre pas à pas les progrès de la maladie charbonneuse et de mieux se rendre compte de l'extension du mal en montrant ces bactéridies confinées d'abord dans le point d'inoculation, puis se portant de ce point dans les parties avoisinantes qui deviennent le siège d'un œdème et enfin pénétrant dans le sang et envahissant toute l'économie.

Dans le premier cas, dans la période initiale, alors que la pustule est formée par des bactéridies confinées dans un espace bien limité, le traitement est facile : il suffit de détruire le foyer primitif.

Dans le second, lorsqu'un œdème étendu entoure la pustule, les mêmes moyens ne sont plus applicables sous peine de causer de grands délabrements. Et ces grands délabrements même ne nous donnent aucune certitude, car la base de l'œdème avec ses voies d'absorption échappe à nos moyens de traitement.

Il va de soi que, dans la troisième période, alors que les bactéridies ayant pénétré dans le sang la maladie est devenue générale, le traitement local ne peut avoir aucun résultat utile.

Partant de ce fait que le traitement local est le plus souvent insuffisant, M. Davaine fut conduit à étudier la valeur relative d'un certain nombre de substances antiseptiques : l'iode, le sublimé, l'extrait de feuilles de noyer, l'acide phénique, l'ammoniaque, la potasse caustique, l'acide sulfurique.

En 1873 il constata qu'une solution d'iode iodurée au douze millième détruit le virus charbonneux après une demi-heure de contact, tandis que pour obtenir le même résultat avec l'acide phénique il faut une solution au deux centième.

Puis, continuant ses recherches, il détermina en 1878 les limites de l'action de l'iode et il fit voir que 1 centigr. d'iode dans 1,700 grammes de liquide de culture, suffit après 50 ou 60 minutes de contact, pour faire perdre à ce liquide ses propriétés virulentes.

La limite de l'action antiseptique du sublimé corrosif est très voisine de celle de l'iode. Cette propriété explique l'action du sublimé à une période déjà avancée de la pustule maligne. Le sublimé agit dans ce cas par diffusion dans les parties voisines. Pendant ce traitement il y a fréquemment de la salivation et il y a eu des phénomènes d'intoxication.

On connaît le traitement du docteur Pomayrol, de Perpignan, par les feuilles de noyer; d'après ses expériences M. Davaine conclut que le suc de feuilles de noyer est doué de propriétés antiseptiques suffisantes pour détruire le virus charbonneux.

Mais l'iode reste la substance antiseptique par excellence et c'est l'iode que M. Davaine a proposé de porter dans nos tissus pour y détruire le virus charbonneux.

Les premiers faits dans lesquels l'iode fut employée pour combattre la maladie charbonneuse chez l'homme prêtent le flanc à quelques objections, soit parce qu'on avait fait auparavant des cautérisations au fer rouge, comme dans le cas de M. Stanis Cézard, soit parce qu'on n'employa pas les injections sous-cutanées, comme dans le fait du docteur Baladoni, de San-Léo, soit enfin parce que le traitement n'a pas été continué, comme dans les faits de M. Raimbert, publiés dans la thèse de M. René Raimbert. (*Les nouvelles acquisitions sur les maladies charbonneuses*).

Les observations vraiment concluantes sont celles de M. Chipault, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, et ont paru dans un mémoire intitulé: *Du traitement des maladies charbonneuses chez l'homme par les injections sous-cutanées d'iode en solution.* (Paris, 1880.)

Des cobayes furent inoculés avec le liquide de la pustule, le traitement antiseptique fut exclusivement employé; quatre succès sur quatre tentatives, dans des cas graves, prouvent en faveur de la nouvelle méthode.

Dans l'observation suivante, le traitement par l'iode fut aussi employé, et la rapidité avec laquelle le mal fut enrayé semble en faire un nouveau succès pour la méthode antiseptique.

M. P..., 50 ans, sellier, tempérament lymphatique.

Le 1er juin 1881, à 3 heures de l'après-midi, M. P... remarque sur la face dorsale de l'avant-bras droit, à quelques centimètres au-dessus de l'articulation du poignet, un point rouge un peu endolori. Il crut qu'il s'agissait d'une brûlure faite par une étincelle de sa pipe. Le jour même, à onze heures, il avait reçu de l'abattoir de la Villette un bidon d'huile de pied de mouton qui avait été amené par une voiture de l'abattoir.

Le 4 juin, ayant fait appeler le docteur Napias pour sa fille malade il ne le consulta pas pour son bras, il lui dit seulement qu'il s'était fait une brûlure insignifiante.

Le 5 juin, il se décide à montrer son bras. Le docteur Napias trouve une érosion large comme une pièce de 50 centimes, d'un gris jaunâtre, granulée, et entourée d'une couronne de phlyctènes au delà de laquelle la peau présente une zone rouge violacé. Le docteur Napias fait faire des applications de poudre de camphre, d'alcool phéniqué, le tout recouvert d'un cataplasme. Le lundi, 6 juin, l'ulcération a la dimension d'une pièce de 2 francs. État général excellent. Même traitement, auquel on ajoute du vin de quinquina, des viandes rôties. Le mardi 7, la plaie a le diamètre d'une pièce de 5 francs. La langue est un peu blanche. Le pouls est à 84 le matin, à 85 dans l'après-midi.

L'auréole phlycténoïde et le cercle rouge violacé se sont étendus; gonflement œdémateux de la main, rougeur diffuse sur l'avant-bras. Le docteur Napias me fait appeler en consultation et à 8 heures du soir nous constatons que l'œdème sur la face dorsale de l'avant-bras s'étend jusqu'au coude, qu'au-dessus de l'épitrochlé, il y a un ganglion de la grosseur d'un haricot, très douloureux à la pression; on trouve un autre ganglion axillaire, Inappétence, constipation, Pouls à 90.

Le caractère de l'ulcération, la couronne de phlyctènes, la marche toujours envahissante du mal, l'étendue de l'œdème, le début des accidents généraux, ne laissaient pas de doute sur la nature de la maladie et sur son degré de gravité. Nous convînmes d'avoir recours, comme traitement, à la méthode antiseptique.

Séance tenante, quatre injections hypodermiques furent faites en dehors de la zone des phlyctènes, avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode. . . . . . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . | 300 grammes. |

A chaque injection, on fait pénétrer dans le tissu tout le contenu de la seringue, c'est-à-dire 20 gouttes. Ces injections et la suivante furent presque toutes accompagnées d'une douleur vive, d'une durée d'un quart d'heure.

En même temps le malade prenait, de demi-heure en demi-heure, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Véhicule. . . . . . . . . . . . . . . . . | 120 grammes. |
| Teinture d'iode . . . . . . . . . . . . . | 20 gouttes. |

L'avant-bras est enveloppé de cataplasmes arrosés d'une solution phéniquée, et les jours suivants d'une solution iodée. A prendre, le matin, un verre d'eau de Pullna.

Mercredi 8, nuit agitée ; 86 pulsations. Langue blanche, inappétence. L'ulcération ne s'est pas étendue, l'œdème est moindre ; la rougeur a diminué autour de la moitié supérieure de l'ulcération. A 11 heures, on fait autour de la plaie cinq injections. On continue la potion à la teinture d'iode ; le soir, trois injections.

Jeudi matin 9. La plaie se limite. L'eschare se détache par places. La phlyctène circulaire présente une solution de continuité en un point. Pas d'injection le matin ; le soir, cinq injections.

Continuer la potion.

Vendredi 10. La rougeur et le gonflement de l'avant-bras ont disparu. Au-dessous de la plaie et vers la main, encore un peu d'œdème. L'eschare se détache, la phlyctène disparaît. On suspend les injections de teinture d'iode. On continue la potion et les cataplasmes arrosés avec la solutiou iodée.

Samedi 11. La phlyctène est enlevée d'un coup de ciseaux, et la plaie touchée et lavée avec la solution iodée.

Quelques gros boutons phlycténoïdes, disséminés à la partie inférieure et interne de l'avant-bras, sont enlevés à l'aide d'un coup de ciseaux et lavés à la solution d'iode.

Dimanche 12. Le pouls est normal depuis trois jours ; les ganglions axillaire et épitrochléen ont disparu. Les plaies se recouvrent de granulations roses. On continue le pansement ; tout autre traitement est suspendu. A partir de ce jour, la plaie marche rapidement vers la guérison.

Cette observation n'est pas irréprochable. La température n'a pas été prise, la solution iodée employée en breuvage et en injections n'était pas iodurée, enfin il n'y a pas eu d'inoculations faites à des animaux avec le liquide des phlyctènes.

Ces réserves faites, l'extension continuelle de l'ulcération, de la rougeur et de l'œdème, les infarctus ganglionnaires, l'élévation du pouls, indiquaient un état sérieux, sinon grave, et il nous a paru, au docteur Napias et à moi, que, sous l'influence du traitement, la marche du mal fut enrayée en moins de vingt heures.

Je sais les objections qu'on peut faire. La pustule maligne n'est pas toujours une maladie grave. Les succès obtenus par certains traitements en font foi. Les applications de feuilles de noyer ont souvent réussi. Pendant mon séjour au Chili, où la pustule maligne est des plus fréquentes, je la traitai par des compresses d'eau blanche, moyen souvent employé là-bas, et la pustule maligne guérit aussi bien qu'avec les feuilles de noyer. Cela signifie que, dans bien des cas, les bactéridies se détruisent ou s'éliminent spontanément. Est-ce, après tout, plus étonnant que de voir parfois la septicémie guérir par le même mécanisme ? Mais ceci doit nous rendre réservés sur la valeur des moyens employés, et surtout sur le choix de ces moyens, et on ne doit pas oublier que les services rendus par la cautérisation sont contre-balancés et au delà par le nombre de gens défigurés ou estropiés par elle. Aussi, lorsqu'on propose une thérapeutique efficace, alors même que l'empoisonnement s'est généralisé, ce qui a l'avantage de ne causer aucun délabrement, on comprend difficilement qu'on hésite à en faire usage.

Il reste, il est vrai, des points obscurs. Lorsque le virus charbonneux a pénétré dans la circulation générale, que l'empoisonnement se généralise, la méthode antiseptique garde-t-elle

son efficacité, et jusqu'à quelle limite? L'observation que nous venons de donner n'est pas absolument probante, l'empoisonnement pénétrait à peine dans la circulation générale.

Dans les cas de Stanis Cézard et de M. Chipault, d'Orléans, l'organisme tout entier était infecté, et les résultats, quoique en petit nombre, semblent prouver que la méthode antiseptique reste efficace. Mais jusqu'à quelle limite en sera-t-il ainsi? C'est ce qu'il est impossible de dire.

D'ailleurs, le traitement local n'étant plus dans cette période d'aucune utilité, il ne faut pas craindre de saturer l'organisme d'iode, puisque c'est la seule chance de succès. Dans le fait de M. Stanis Cézard, le traitement réussit, alors que l'état du malade paraissait désespéré. Les cautérisations faites au début n'avaient donné aucun résultat; il est vrai qu'elles donnèrent lieu plus tard à un renversement de la paupière.

Dans la quatrième observation de M. Chipault, il s'agissait d'un œdème malin de la face chez une femme de 68 ans, très affaiblie. L'état général était des plus graves, et le traitement ne donna de résultats que quand on eut porté la quantité d'iode à des doses énormes : 3 gr. de teinture d'iode pour 60 gr. d'eau.

Nous ne savons pas encore quelle quantité d'iode, ou d'une autre substance antiseptique, peut être introduite sans danger dans nos tissus, mais il semble que, pendant quelques jours au moins, ces doses peuvent sans grands inconvénients être très élevées.

Enfin, une dernière question se pose, à savoir si ce traitement n'est pas applicable à la septicémie. On a dans le cas de septicémie souvent employé l'acide phénique, en potions, en lavements, en injections dans les conduits naturels, et quelquefois avec succès. Mais il semble bien que l'iode soit un antiseptique bien plus puissant, injecté dans nos tissus. Il y aurait matière à de nouvelles tentatives qui seraient peut-être suivies de succès plus nombreux.

—

M. Horteloup fait la communication suivante sur un nouvel agent désinfectant qu'il désigne sous le nom de *Liqueur minérale antiseptique*

Messieurs,

Je désire vous entretenir d'un nouveau liquide antiseptique que j'ai expérimenté depuis plusieurs mois dans mon service, à l'hôpital du Midi, et qui m'a donné d'assez bons résultats pour penser qu'il peut être utile de le faire connaître.

Le liquide que je vous présente est un produit minéral; il résulte de la transformation que l'on fait subir à des laves calciques en les attaquant par l'acide chlorhydrique.

Ces laves, qui sont des silicates, traitées par l'acide chlorhydrique, forment un magma pulpeux gélatineux qui, en se déposant, se divise en deux parties : une partie verdâtre, épaisse, granuleuse, presque solide, et une partie liquide, jaunâtre, de consistance sirupeuse.

L'analyse faite par M. Millot, professeur de chimie à Grignon, donne la composition suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorure d'aluminium | 61,75 |
| — de potassium | 19,81 |
| — de fer | 15,09 |
| — de calcium | 2,13 |
| Silice gélatineuse | 1,22 |
| | 100,00 |

Ayant entendu parler des expériences que l'inventeur de ce liquide, M. Alfred Huet, ingénieur civil, avait faites aux abattoirs de Paris et au dépotoir de Bondy comme désinfection, je lui demandai un peu de cette liqueur pour l'employer comme désinfectant et comme pansement pour les chancres simples et pour les adénites virulentes.

Le sirop et le magma sont deux caustiques très puissants, et il est nécessaire de les diluer considérablement.

Je fis faire deux solutions, une au millième, pour les lavages simples, et une, au centième, pour appliquer avec de la charpie sur les plaies anfractueuses. La solution au millième développe à peine des picotements; celle au centième a fait éprouver à certains malades une sensation de chaleur et quelquefois des brûlures. Me basant sur les préparations de l'acide phénique avec la glycérine et avec l'huile, je fis faire des solutions de 1 gr. pour 20 gr. d'excipient; je constatai que ces préparations, quoique beaucoup plus fortes que les premières, faites avec l'eau, étaient au contraire bien supportées par les malades, qui disaient ne ressentir aucune douleur après le pansement. Enfin, j'ai fait faire, avec le magma, des crayons ayant la même composition que la pâte de Canquoin; ceux que je vous présente sont préparés depuis deux mois.

Avant de vous parler des expériences cliniques que j'ai faites, je voudrais vous faire constater les merveilleuses propriétés désinfectantes que possède cette liqueur. Voici de l'urine mélangée avec une solution au 2/100e; 100 gr. d'urine sont mélangés avec 2 gr. de sirop; il n'y a pas d'odeur; voici une urine que j'ai laissé fermenter pendant trois jours, j'y ai ajouté 3 gr. de sirop, et vous voyez qu'il n'y a pas la moindre odeur. Voici un flacon qui renferme du pus d'un abcès de la marge de l'anus, qui présentait au moment de son ouverture cette odeur infecte que nous connaissons tous; je l'ai mélangé avec environ 50 gr. d'une solution au centième, l'odeur a presque disparu instantanément, et voici trois mois que ce mélange reste dans ce flacon débouché.

J'ai employé la solution au millième dans un volumineux kyste ovarique suppuré avec odeur gangréneuse, et j'ai pu en deux injections faire cesser cette odeur.

Mais, comme je vous le disais, j'avais l'intention de me servir de cette liqueur pour le pansement des chancres simples et des adénites chancreuses. J'espérais que ce liquide caustique pourrait me donner de bons résultats en modifiant rapidement les surfaces et en détruisant les propriétés virulentes.

Les résultats que j'ai obtenus sont très bons, et je n'ai cessé de me servir de ce liquide que faute de munitions; ma provision s'est épuisée et je suis resté quelque temps sans en avoir.

J'ai d'abord appliqué du magma sur les chancres; on obtient le même effet qu'en mettant, ainsi que le conseille M. Diday, une rondelle de pâte de Canquoin. — Lorsqu'on emploie le magma, la douleur est aussi vive que celle d'une cautérisation; mais il suffit de laisser le magma à peine une minute, et on obtient une plaie d'un aspect blanchâtre qui a perdu ses propriétés virulentes, ainsi que je l'ai constaté par l'inoculation; un pansement à l'eau froide suffit jusqu'à la chute de l'eschare, et ensuite on panse avec de la charpie imbibée au millième.

Pour les adénites chancreuses, l'effet est moins actif parce qu'il faut agir le plus souvent par des lavages dans la cavité; mais je viens d'avoir un bubon phagédénique gangréneux qui, ayant envahi toute la région inguino-scrotale, avait disséqué entièrement le cordon et menaçait d'envahir la cuisse. La suppuration était abondante, excessivement fétide, et l'application de la poudre d'iodoforme était excessivement difficile, car elle ne pénétrait pas dans toutes les anfractuosités de la plaie. Des lavages au millième, des pansements avec la glycérine au vingtième, ont fait cesser la suppuration fétide, les eschares se sont éliminées, la plaie s'est arrêtée et, aujourd'hui, la guérison marche rapidement.

J'ai fait faire des pulvérisations, avec la solution au millième, sur des papules hypertrophiques et érosives de la marge de l'anus; après quelques instants, les papules présentaient un aspect blanchâtre qui indiquait une petite cautérisation; on recommençait tous les jours ces pulvérisations, qui amenèrent, dans deux cas, une rapide amélioration.

J'emploie les crayons calciques pour cautériser les chancres simples à la consultation externe de l'hôpital. Le contact du crayon pendant une minute suffit pour obtenir une légère eschare blanchâtre qui tombe dans les quarante-huit heures; renouvelé, deux ou trois fois, à quelques jours d'intervalle, on transforme en plaie simple l'ulcère virulent. Ces crayons ne sont pas très résistants; aussi, après avoir touché un chancre, je coupe le bout du crayon et 'évite ainsi toute chance de contagion.

J'ai conseillé à un de nos confrères de Suresnes, le docteur Negleneuf, l'emploi d'une solution très faible comme injection vaginale dans un cas de cancer utérin donnant lieu à un écoulement infect et à des hémorrhagies assez fréquentes. Le résultat a été excellent, les hémorrhagies ont cessé, l'écoulement est presque nul et la malade se trouve beaucoup mieux.

Je rapproche les effets obtenus par ce liquide de ceux que donne le chlorure de zinc; mais je crois que ses propriétés antiseptiques sont plus considérables. D'après de nombreuses expériences faites à l'observatoire de Montsouris, le liquide, à très petites doses, détruit tous les vibrions adultes qui existent dans les milieux où l'on agit.

Les grands avantages de ce liquide sont : 1° l'excessive facilité avec laquelle on peut le doser; 2° son innocuité sur l'épiderme intact; 3° son absence complète d'odeur (propriété exceptionnelle pour un désinfectant); 4° son prix excessivement modeste, puisque un litre de sirop à 32° revient à 5 francs.

M. Reliquet : Ce qui paraît dominer dans l'action de ce corps, c'est le rôle caustique des chlorures; il semble qu'il faille en limiter l'emploi là où il y a indication de modifier l'état des surfaces. Il y a à redouter de sa part une action topique trop énergique, dans le cas, notamment, où on l'injecterait dans la vessie pour arrêter la décomposition ammoniacale de l'urine. La composition de ce corps n'est pas nettement précisée, et on peut craindre de voir son emploi suivi d'accidents topiques comme il est arrivé pour le phénol dans les premiers temps de son emploi. Une solution de chlorure d'aluminium donnerait probablement les mêmes résultats, et on serait plus maître de son dosage et de son action.

M. Horteloup n'a pas observé d'accidents. Ce liquide arrête la décomposition ammoniacale de l'urine, sans qu'il y ait à craindre une cautérisation de la vessie. En touchant la muqueuse uréthrale avec une solution de 1 p. 1,000, on ne détermine aucune cautérisation, la muqueuse ne devient pas blanchâtre. La solution de 1 p. 100 appliquée sur des plaques muqueuses, ne les cautérise que très légèrement, les sèche plutôt qu'elle ne les cautérise.

—

M. Thorens donne lecture du rapport de M. Marchal, absent de Paris, sur le mémoire de M. Devalz, intitulé : *De la curabilité du tubercule dans la phase embryonnaire de son existence, et du rôle des Eaux-Bonnes dans la guérison de cette néoplasie.* Les conclusions du rapport sont votées et adoptées.

— La séance est levée à six heures.

*Le secrétaire annuel*, Dr Thorens.

# JOURNAL DES JOURNAUX

*L'iodure de potassium est-il une cause de la maladie de Bright*, par le docteur E. Atkinson. — Etant donné la fréquence des altérations rénales dans la syphilis ancienne et la rareté des gommes qui sont les lésions caractéristiques de la syphilis rénale, l'auteur se demande si l'usage persistant de l'iodure de potassium n'est pas la cause de la présence de l'albumine et des cylindres hyalins dans l'urine. Dans soixante-dix observations de syphilis ancienne, dix-neuf fois on a constaté des altérations rénales, dont quelques-unes étaient des plus graves. La présence du mucus des cylindres hyalins et de l'albumine était évidente et après la cessation de la médication iodurée, la quantité de ces produits morbides diminua tout de suite. On était donc en présence de néphrites catarrhales et les cylindres étaient le résultat de l'irritation rénale.

De ces faits, l'auteur conclut que l'iodure de potassium a une action passagère sur le tissu rénal, dans le plus grand nombre des cas, et que, de plus, dans quelques-uns, il produit probablement des altérations Brightiques. L'idiosyncrasie des malades est vraisemblablement la cause de ces différences dans l'action du médicament. (*The American journ. of the Med. sciences*, juillet 1881, p. 17), — Ch. E.

# FORMULAIRE

Capsules de résine de copahu. — Pâquet.

| | | |
|---|---|---|
| Résine de copahu. . . . . . . . . . . . . | 30 | grammes. |
| Huile d'amandes douces ou d'œillette. . . | 20 | — |

Faites fondre la résine dans l'huile sur un feu doux, et continuez à chauffer jusqu'à disparition complète de l'humidité; puis, après refroidissement, préparez des capsules de 85 à 90 centigrammes, qui contiendront 55 à 60 centigrammes de masse, et par conséquent 33 à 35 centigrammes de résine, correspondant à un gramme de baume de copahu.

8 à 12 capsules par jour, de préférence au commencement des repas, pour combattre la blennorrhagie. — Elles n'occasionnent, dit-on, ni éruption cutanée, ni fétidité de l'haleine, ni troubles digestifs.

École pratique. — Cours public. — *Hygiène et maladies des nourrissons.* — M. le docteur Brochard commencera ce cours le mercredi 23 novembre, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 2, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

— On nous écrit de Francfort-sur-le-Mein (Allemagne) :

Le fait saillant et très remarqué par toutes les notabilités scientifiques présentes à la distribution des récompenses de l'Exposition internationale balnéologique de Francfort a été la médaille d'or décernée à la source purgative pyrénéenne de Rubinat.

Cette récompense (la plus haute qui ait été accordée), est d'autant plus significative que Rubinat était en concurrence directe et sur leur propre terrain, avec les sources purgatives allemandes les plus vantées; espérons que cette nouvelle et décisive consécration aura pour conséquence de nous affranchir définitivement du lourd tribut que nous payons depuis trop longtemps à l'Allemagne.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# GYNÉCOLOGIE

## DES PESSAIRES A ANTÉVERSION ;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 13 août 1881,

Par M. A. Thevenot.

Suite. — (Voir le numéro du 12 novembre.)

II

On a souvent dit que les déplacements utérins ne donnant lieu à aucun symptôme qui leur soit propre, ne doivent pas être considérés comme des maladies; qu'on peut en quelque sorte n'en pas tenir compte, car les troubles qui leur sont faussement attribués sont en réalité dus à l'augmentation de poids et de volume de l'utérus. Le déplacement par lui-même n'est rien, l'élément inflammatoire et hyperplasique constitue toute la maladie. C'est donc l'élément inflammatoire seul et l'hyperplasie consécutive que la thérapeutique doit viser. C'est cette argumentation paradoxale qui a servi de prétexte pour abandonner à eux-mêmes les déplacements utérins.

Que la question soit difficile parce qu'elle est complexe, je n'en disconviens pas ; mais que l'argumentation soit erronée, c'est ce que l'observation clinique et la thérapeutique prouvent surabondamment.

Les déplacements constituent un groupe morbide à part et qui ne s'accompagnent pas toujours, même pendant des périodes assez longues, de phénomènes douloureux. Est-il nécessaire de rappeler que beaucoup de malades atteints de hernies abdominales ne s'en trouvent pas incommodés? Il n'est pas de médecin cependant qui, sous prétexte que cette hernie ne cause aucune gêne, ne conseillera de la maintenir réduite. C'est que nous savons que cette hernie qui ne cause maintenant ni gêne ni douleur, amènera plus tard des troubles digestifs, deviendra le siége de poussées inflammatoires et d'accidents sérieux.

Toute proportion gardée, il en est un peu ainsi de certains déplacements utérins qui ne donnent d'abord lieu à aucun trouble; mais l'utérus versé se trouve immobilisé dans cette nouvelle direction, les troubles de la circulation de retour ne tardent pas à se manifester, il se fait des stases locales qui engendrent des hyper-

---

# FEUILLETON

## LES ANTIVIVISECTIONNISTES.

La campagne entreprise à l'étranger contre les vivisections, et dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises, a fait éclore en Amérique un livre au sujet duquel le *New-York medical Record*, du 11 juin, s'exprime ainsi :

Nous avons reçu sur la vivisection un ouvrage qui montre encore plus de prétention et d'audace que n'en ont ordinairement les documents pseudo-humanitaires de ce genre. Il se compose de trois mémoires dont chacun a pour objet de détruire la position de ces gens, plaisamment appelés « infernales brutes » par M. Berg, qui proclament l'utilité de la vivisection.

Voici quelques-unes des questions soulevées par les trois différents auteurs : Les expériences de vivisection ont-elles une véritable valeur scientifique? Cette méthode ne présente-t-elle pas des causes d'erreur qui en vicient nécessairement les résultats? En supposant qu'elle puisse donner de bons résultats, n'y pourrait-on arriver par d'autres moyens? De telles expériences sont-elles moralement justifiables et ne tendent-elles pas à rendre cruel l'opérateur?

Telle est la nature des discussions entreprises et pas n'est besoin de dire que les auteurs font de leur mieux pour se donner raison.

L'ouvrage commence par la reproduction d'une lettre adressée par ordre de Sa Gracieuse Majesté la Reine au Président de la Société royale pour la protection des animaux. Cette lettre nous fait savoir que « la Reine a appris avec horreur les souffrances que des hommes igno-

plasies. On le voit, le déplacement lui-même devient la source et l'origine de stases veineuses et lymphatiques et d'hyperplasies locales. Et il va de soi qu'on ne fera cesser ces troubles de nutrition qu'en rendant à l'utérus sa direction et sa mobilité.

C'est d'ailleurs une erreur de croire qu'une augmentation de poids et de volume soit nécessaire pour que l'utérus déplacé devienne la cause de troubles et de gêne; il y a un grand nombre de femmes nullipares chez lesquelles l'utérus versé cause des troubles marqués, bien qu'à nos moyens d'investigation l'augmentation de poids et de volume ne soit pas appréciable.

On voit combien la question présente de faces à étudier et combien l'argumentation des adversaires du pessaire est défectueuse. Mais admettons pour un instant que ces gynécologistes aient raison, que le déplacement utérin n'est rien par lui-même, que l'élément inflammatoire et hyperplasique soit la seule cause des troubles et de la gêne. Nous commencerons, et c'est toujours par là qu'il faut commencer, par faire disparaître l'élément inflammatoire et par chercher à diminuer le poids et le volume de l'utérus.

Il est exact que dans un tiers de cas environ, ou bien l'utérus allégé se redresse, ou bien l'utérus versé ne cause plus de gêne ni de troubles. Il est évident qu'ici nos adversaires ont raison et leur argumentation est juste. Mais dans les deux autres tiers, nos moyens, en réalité assez limités, échouent complétement; c'est alors que nous avons recours aux pessaires, tandis que les adversaires de ce moyen de traitement sont forcés à un aveu d'impuissance.

C'est chez des malades atteintes d'antéversion et traitées auparavant par l'anneau américain qu'on peut bien apprécier les avantages du pessaire de Hewit.

Chez une des malades, il s'agissait d'une antéversion au deuxième degré avec endométrite cervicale. L'utérus n'était nullement abaissé. L'endométrite était entretenue par le frottement du museau de tanche sur la paroi vaginale postérieure, et la sécrétion chez cette jeune femme lymphatique était tellement abondante et parfois tellement purulente qu'elle avait causé des uréthrites au mari. Bien que l'utérus parût notablement augmenté de volume, il n'y avait ni troubles de la miction ni troubles de la locomotion, et les symptômes consistaient uniquement en une douleur continuelle et fort gênante dans la région lombo-sacrée et une sensation particulière de frottement (frottement du col sur la paroi postérieure du vagin) chaque fois que la malade s'asseyait ou se levait.

L'endométrite cervicale, soignée à différentes reprises et par différents médecins,

---

rants et grossiers infligent aux animaux de la création, et elle redoute aussi pour eux les expériences faites pour les recherches de la science. »

Après ce puissant argument *ad hominem*, les auteurs entrent dans leur sujet.

Le livre fait preuve d'abondantes recherches, et nous ne doutons pas que ses auteurs ne soient animés du sincère désir d'adoucir la cruauté et l'inhumanité de l'homme. Mais il nous semble impossible qu'un lecteur impartial puisse suivre sans impatience les différentes phases de leur raisonnement, à cause du manque de loyauté dont ils font preuve. Ils ont entrepris de soutenir une certaine thèse, et pour cela ils travestissent les faits et dénaturent le sens de la langue anglaise. Il est dit dans leurs écrits que la vivisection est presque toujours cruelle et immorale; qu'elle a à peine produit quelques résultats scientifiques, mais aucun de pratique ou d'utile. Bien mieux, elle n'en produira jamais. C'est pourquoi il faut l'abolir. Ce serait folie d'essayer de réfuter des assertions aussi puériles et aussi peu fondées.

Le ton de ces mémoires contraste d'une manière frappante avec celui d'une circulaire sur la vivisection que vient d'écrire le Comité de médecine expérimentale de la *State medical Society*. Cette circulaire est adressée aux membres de la Société américaine pour la protection des animaux. Elle relève ce fait que les médecins considèrent comme très important pour la santé et le bien-être de la société, d'acquérir les notions les plus précises sur les lois de la santé et de la maladie.

Les maladies doivent aussi être étudiées chez les animaux. Tout empêchement aux expérimentations sur les animaux aurait pour effet la suppression de l'un des plus utiles moyens d'investigation et causerait le plus grand dommage à l'étude et au progrès de la médecine.

Le comité affirme que les médecins désirent autant que personne épargner les souffrances qui ne sont pas nécessaires; mais il attire fortement l'attention sur la différence radicale qu'il

avait toujours reparu, et je prévins la malade qu'il n'y avait guère de chances de guérison tant qu'on n'empêcherait pas le frottement du col au moyen d'un anneau et j'ajoutai que l'anneau américain n'était pas celui qui convenait. Cette personne consulta auparavant un chirurgien qui lui conseilla un anneau de Hodge. Il y avait chez elle une disposition anatomique qui n'est pas extrêmement rare, je veux parler de l'absence presque complète du cul-de-sac postérieur. L'anneau ne peut se loger dans le cul-de-sac, il oscille, se met à cheval sur le col, et devient plutôt une cause d'irritation. C'est ce qui arriva chez cette malade : on fut obligé d'enlever l'anneau. Le pessaire de Hewit, en redressant l'utérus, en empêchant le frottement qui entretenait l'endométrite, fit cesser en même temps la sécrétion et la douleur lombaire. Il y a de cela deux ans. Lorsqu'on ôte le pessaire, l'amélioration se continue deux mois ou trois mois, et il suffit de remettre l'anneau quinze jours ou trois semaines pour faire disparaître la leucorrhée et la douleur lombaire et obtenir une période de bien-être assez longue.

Dans le fait suivant, l'antéversion au second degré s'accompagnait de la sensation de pesanteur, de troubles de la miction et de la locomotion. Avec l'antéversion il y avait un peu d'abaissement, de l'hyperplasie du col, de l'endométrite cervicale, se traduisant par de la douleur, une ulcération étendue et une sécrétion abondante.

Le traitement dirigé contre la métrite fit diminuer la douleur, l'écoulement et la sensation de pesanteur, mais elle ne fit diminuer ni les troubles de la miction, ni les troubles de la locomotion. Le pessaire américain donna du soulagement, la douleur de la hanche gauche qui rendait la marche presque impossible diminua, la miction fut moins fréquente et moins douloureuse. Mais, outre que le pessaire était assez mal supporté, l'amélioration ne continua pas, et au bout d'un mois les troubles se reproduisirent. C'est alors que je me décidai à placer un pessaire de Hewit. La fréquence des envies d'uriner et l'ardeur en urinant disparurent presque immédiatement; la douleur de la hanche gauche qui incommodait la malade plus que la fréquence de la miction ne disparut que le troisième ou le quatrième jour. Les pessaires ont souvent l'inconvénient de causer de la constipation; chez cette malade le pessaire de Hewit fit cesser une constipation qui remontait à plusieurs années. Il y a un an et demi que cette dame porte ce pessaire et depuis cette époque les troubles qui l'avaient tant tourmentée n'ont pas reparu même à un faible degré.

C'est lorsque l'antéversion s'accompagne de troubles marqués de la miction et

---

y a entre infliger des cruautés sans but, et user sérieusement et avec précaution des animaux pour le bénéfice de l'humanité et des animaux eux-mêmes. Il conclut, en demandant respectueusement que le nom et l'autorité de la Société protectrice des animaux ne puissent être invoqués pour tracasser les médecins et la médecine.

La lettre, dont nous venons de donner un extrait, est d'un caractère calme et digne et ne peut manquer de ramener à la raison et à la justice ceux à qui elle est adressée. Elle montre le désir d'entrer en pourparlers amicaux avec les adversaires de la vivisection et discute la question sans passion. C'est le meilleur moyen, et qu'il réussisse ou non auprès de la Société qui en est cause, l'effort qui aura été fait paur assurer une mutuelle entente sera certainement à l'honneur et à l'avantage de notre profession et du comité de la *State Society.*

Au moment même de l'apparition de cette circulaire, le *Times* publiait une lettre de Charles Darwin au professeur Holmgren, qui confirme d'une manière absolue l'opinion du comité sur la grande importance de l'expérimentation sur les animaux. Darwin n'est ni physiologiste, ni médecin, mais naturaliste, et ses sympathies inclineraient vers les animaux. Il dit cependant : « Je reconnais que la physiologie ne peut progresser que par l'expérimentation sur les animaux vivants et j'ai la plus intime conviction que celui qui retarde le progrès de la physiologie commet un crime contre l'humanité. Personne, à moins d'être totalement ignorant de tout ce que la science a fait pour l'humanité, ne peut avoir de doute sur les incalculables avantages qui, dans l'avenir, peuvent résulter de la physiologie pour l'homme et les animaux. »

On ne pouvait se placer à un meilleur point de vue que celui des défenseurs de la vivisection. Son utilité doit être admise. On pourrait s'entendre sur un point commun, qui serait non pas d'abolir la médecine expérimentale, mais de diminuer, autant que possible, la douleur et la cruauté qui sont inhérentes à la vivisection. C'est d'ailleurs ce à quoi on arrive en narcotisant profondément les animaux sur lesquels on expérimente. — P.

de la locomotion qu'on peut se convaincre de la valeur d'un pessaire approprié. C'est dans ce cas que le redressement de l'utérus vient assurer le diagnostic. Qu'était-ce, en effet, que cette douleur de la hanche gauche? On pouvait hésiter; l'utérus redressé et étayé, la douleur disparaît, elle était donc bien due au tiraillement exercé sur le plexus nerveux par le déplacement de l'utérus.

On se rend bien compte ainsi de la nature des troubles de la miction. Lorsque ces troubles sont récents, ils disparaissent à l'instant où on redresse l'utérus. Ces mictions si fréquentes et si douloureuses qui pourraient faire croire à une maladie inflammatoire, cessent dès que la vessie et l'urèthre ont repris leur place et leur direction physiologique.

On s'explique aussi comment dans le prolapsus utérin au deuxième degré avec cystocèles, rectocèles et troubles de la miction, tandis que l'anneau américain ne donne qu'un résultat incomplet, celui de Hewit assure le succès. Chez deux malades atteintes de cystocèles et rectocèles, j'en ai obtenu des résultats inespérés.

Enfin il est un autre ordre de faits où ce pessaire peut rendre service. C'est chez les jeunes femmes où l'antéversion s'accompagne de stérilité et en est souvent la cause. Dernièrement encore, j'étais consulté pour un cas de ce genre. Cette dame avait consulté auparavant une sage-femme qui lui avait promis de redresser l'utérus en quatre mois à deux séances par jour. Il y avait, outre l'antéversion au deuxième degré, une sténose si prononcée de l'orifice externe, qu'un stylet de trousse ne franchissait que difficilement l'orifice externe; cette sténose allait en augmentant, et les deux dernières époques s'étaient accompagnées de dysménorrhée dont elle n'avait jamais souffert avant; cette étroitesse était acquise et due au traitement de l'endométrite par le crayon de nitrate. Ce résultat n'est pas très rare lorsqu'il y a une ulcération circulaire : il se fait là du tissu rétractile qui diminue rapidement le diamètre de l'orifice. Je dis à cette dame que s'il ne s'agissait que de redresser l'utérus, c'était facile à obtenir, mais je lui fis comprendre qu'il fallait en outre agrandir et maintenir agrandi l'orifice cervical. L'anneau de Hewit ramena l'utérus dans l'axe. Avec cette antéversion au deuxième degré, il m'avait paru étonnant qu'il n'y eût ni pesanteur ni gêne d'aucune sorte. A quelques jours de là, cette dame vint me dire qu'elle éprouvait du soulagement et qu'elle comprenait maintenant le sens des questions posées par moi, qu'elle avait auparavant, sans s'en douter, une sensation de pesanteur et de gêne, mais que ses sensations n'étaient devenues appréciables que par comparaison et alors que le pessaire les avait fait disparaître. C'est là un fait qui n'est pas très rare et dont il faut savoir tenir compte.

En citant ces quelques exemples, je n'ai pas eu l'intention d'étudier complétement le rôle des pessaires à antéversion, je n'ai voulu citer que quelques types d'antéversion qu'on trouve dans la pratique journalière et au traitement desquels le pessaire que je préconise m'a paru parfaitement approprié.

Je voudrais, en terminant, dire deux mots du défaut de tolérance pour cet anneau chez quelques femmes et du redressement permanent et définitif de l'utérus sous son influence.

En général, les malades tolèrent mieux le pessaire de Hewit que l'anneau américain. Cependant deux malades qui portaient depuis longtemps un anneau de Hodge, ne purent supporter le pessaire de Hewit qui paraissait cependant très indiqué, et je ne pus pas me rendre compte de la cause de cette intolérance.

La seconde question est plus intéressante. Peut-on espérer, au moyen de ce pessaire, un redressement définitif?

Il est prudent d'enlever cet anneau tous les deux mois, et de s'assurer de l'état des parties et de la direction de l'axe utérin. Le plus souvent, quand il n'y a pas d'abaissement, l'utérus reste, après l'ablation du pessaire, redressé un temps variable, de quelques heures à quelques jours; je l'ai vu chez un malade persister quatre mois, et je croyais déjà à une guérison définitive, quand un dernier examen me fit constater que l'antéversion s'était reproduite et au même degré qu'auparavant.

Lorsque le redressement ne persiste que quelques heures ou quelques jours, c'est que les tissus et les ligaments qui avaient repris un peu de leur élasticité résistent

momentanément au poids de l'utérus. Quand le redressement persiste des mois on a invoqué, et probablement avec raison, l'interposition d'une anse intestinale, et c'est dans ces cas qu'on est en droit d'espérer la guérison.

J'ai essayé de montrer comment agit le pessaire de Hewit et quels sont ses avantages. J'ai aussi essayé de montrer combien dans ces questions d'orthothérapie utérine la forme du pessaire est importante. Tant qu'on n'aura pas démontré jusqu'à l'évidence qu'on peut au moyen de l'électricité redresser l'utérus et le maintenir redressé, tant qu'on n'aura pas donné de nombreuses preuves que par des sections de faisceaux musculaires on redresse définitivement l'utérus, sans l'immobiliser et sans le fléchir, il faudra bien, malgré leurs inconvénients, avoir recours aux pessaires.

## BIBLIOTHÈQUE

**LA CRÉMATION**, sa raison d'être, son historique, les appareils actuellement mis en usage pour la réaliser, état de la question en Europe, en Amérique et en Asie, par le docteur Prosper DE PIETRA SANTA, rédacteur en chef du *Journal d'hygiène*, et Max DE NANSOUTY, ingénieur des arts et manufactures. (Avec 1 planche et 29 figures.) Paris, 1881. Publications du journal le *Génie civil*, revue générale des industries françaises et étrangères, 6, rue de la Chaussée-d'Antin.

Voilà un titre qui vaut presque une analyse, mais qui certainement équivaut à une table de matières. Il suffit donc de le transcrire pour que le lecteur connaisse le sujet de cet ouvrage et l'ordre dans lequel il a été traité. Mais il m'est agréable de rendre justice au zèle, à l'activité, au dévouement et à la conviction dont un de ses auteurs, M. le docteur de Pietra Santa, a fait montre en faveur de la crémation. Assurément, ce n'est pas sa faute si ce procédé de destruction des cadavres ne se propage pas plus qu'il ne le fait. Et, cependant, cette grave question : que faire des morts? s'impose de plus en plus aux préoccupations de l'hygiène et de l'économie sociale. Eh bien! malgré les chaudes et sincères convictions des auteurs de ce travail, ils l'ont écrit avec une grande modération dans la forme, et pour le fond avec le sens scientifique.

Une seule objection grave a été faite à la crémation, c'est l'impédiment qu'elle pourrait apporter dans les recherches médico-légales. Qui pourrait détruire cette objection? L'expérimentation seule; or, on ne voit pas que l'expérimentation ait été encore suffisamment interrogée. Les auteurs passent rapidement, et ils ont raison, sur ce qu'on peut appeler les objections de sentiment. Dès qu'il ne s'agit pas de rendre la crémation obligatoire, du moins pour le moment, ces objections n'ont aucune raison d'être, puisque nous conservons tous notre liberté de rentrer dans le réservoir commun, de quelque manière que cela nous agrée.

Les conclusions par lesquelles les auteurs terminent leur mémoire sont sages et modérées; nous croyons devoir les reproduire :

« Après avoir démontré la raison d'être de la crémation, après avoir constaté sa mise en pratique chez les peuples les plus civilisés des deux mondes, nous sommes en droit d'affirmer :

Que la crémation des cadavres et la conservation de leurs cendres doivent se substituer au mode actuel d'ensevelissement, puisque, avec elle, au très grand profit de la salubrité et de l'hygiène publique, sans offenser la religion, sans léser les droits imprescriptibles de la société, en respectant toujours le libre arbitre des décédés, leurs volontés dernières, les sentiments sacrés de la famille, on peut honorer la mémoire de ceux qui ne sont plus.

La crémation imite parfaitement l'œuvre de la nature; ce que celle-ci produit lentement, par des voies obliques, par l'intermédiaire d'émanations nuisibles, la combustion l'accomplit avec rapidité et sans danger d'aucune sorte, ne laissant à la surface de la terre qu'une masse minime de cendres inertes.

Au point de vue pratique, des procédés aussi simples qu'ingénieux ont été proposés et expérimentés, pour atteindre le but suprême, dans un espace de temps assez limité et avec une dépense d'argent très restreinte.

Parmi tous les appareils expérimentés au cours de ces dernières années, le four régénérateur de M. Siemens, de Dresde, est incontestablement le plus perfectionné. Attendons néanmoins les expériences prochaines de la Société française de crémation.

Si, au moment où les périodes de réfutation des objections et de recherches de procédés ont fait place à la réalisation des faits accomplis en Allemagne, en Italie, en Suisse, en Angleterre et aux États-Unis, nous cherchons encore, en France, les moyens de dissiper les der-

nières appréhensions de la médecine légale, il ne faut pas oublier qu'à notre pays revient, sans conteste, l'honneur d'avoir posé l'incinération des corps au rang des grands problèmes de l'hygiène publique moderne.

Distancée un moment par les nations voisines, la France doit reprendre sa place séculaire à l'avant-garde du progrès scientifique et social.

Et la génération qui nous suivra, en constatant l'immense amélioration qui s'est opérée dans la salubrité de nos grandes cités, se demandera avec une certaine surprise comment un système préconisé par les peuples les plus avancés de l'antiquité, a pu rester ainsi dans l'oubli pendant plusieurs siècles de civilisation. »

Voilà de sages paroles, et l'on doit féliciter les auteurs de leur modération ; mais comme il faut que la critique ne perde jamais ses droits, je me permets d'exprimer le regret que les auteurs n'aient pas abordé la question de l'insalubrité des cimetières, insalubrité aujourd'hui contestée par quelques auteurs qui demandent l'abolition de la législation qui régit ce sujet. Il eût été désirable aussi que les auteurs insistassent plus qu'ils ne l'ont fait sur la crainte qu'ils disent chimérique de voir succéder à l'encombrement des cimetières, l'encombrement des urnes et des vases funéraires. Qui donc a fait ce calcul, qu'une seule famille, qui dès la première année de l'ère chrétienne aurait recueilli les cendres de ses morts, aurait eu besoin au milieu du XIX^e^ siècle d'un bâtiment de l'étendue du palais du Louvre pour les conserver fidèlement.

Ne nous arrêtons pas à ces légères lacunes, et reconnaissons que ce très méritant travail se fait lire avec un grand intérêt, que la forme en est heureuse et le fond instructif. — A. L.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE. — Observations de taille hypogastrique. — Suite de la discussion sur les récidives de la coxalgie. — Cas de névralgie de la face guéri par l'élongation du nerf dentaire inférieur. — Communication sur le diagnostic de l'ulcération tuberculeuse de la langue. — Présentation de malade. — Présentation d'instrument.

La taille hypogastrique ayant été mise à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, M. PÉRIER croit de son devoir de communiquer à ses collègues la relation de deux opérations de ce genre qu'il a eu occasion de pratiquer dans ces derniers temps.

Le premier malade est un homme de 53 ans qui, le 15 novembre dernier, s'était introduit dans l'urèthre, pour combattre, disait-il, une rétention d'urine, un tuyau de caoutchouc, et ne put le retirer ; le tube resta dans la vessie. Une cystite intense ne tarda pas à se déclarer, accompagnée de douleurs continues, de ténesme vésical et anal, de miction difficile et parfois involontaire, d'hématurie et de crises douloureuses avec prolapsus rectal.

Cet homme entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Périer, quatre mois après l'accident. En explorant la vessie, après y avoir injecté environ 150 grammes d'eau, M. Périer constata que la sonde donnait dans tous les sens la sensation d'un frottement contre une substance calcaire. Pendant cette exploration, il s'était produit une procidence du rectum saillant au centre d'un énorme bourrelet hémorrhoïdal.

A la suite de cet examen, M. Périer dut renoncer à l'extraction au moyen d'une pince et à la taille périnéale ; il se décida sur-le-champ pour la taille hypogastrique, avec la modification apportée par le professeur Petersen, de Kiel, c'est-à-dire le ballonnement du rectum.

Après avoir préparé le malade par des lavages vésicaux à l'essence de Wintergreen et par l'administration à l'intérieur de salicylate de soude à la dose de 1 gr. 50, dans le but de rendre l'urine aseptique, M. Périer procéda à l'opération le 26 mars.

Ayant pris d'abord toutes les précautions antiseptiques les plus rigoureuses et le malade étant anesthésié par le chloroforme, M. Périer introduisit dans la vessie une sonde métallique à robinet, puis il serra fortement la verge sur la sonde à l'aide de plusieurs tours d'un tube en caoutchouc, pour empêcher le liquide injecté dans la vessie de refluer entre la paroi de l'urèthre et la sonde. Le liquide injecté était une solution phéniquée tiède à 1 p. 100, à la dose de 250 grammes environ.

Il introduisit ensuite dans le rectum un pessaire de caoutchouc qui fut distendu en poussant à l'intérieur 250 grammes environ d'eau tiède. A mesure que le pessaire se distend, on sent manifestement la vessie faire au-dessus du pubis une saillie de plus en plus considérable ; en même temps la sonde métallique bascule et son pavillon s'abaisse.

M. Périer pratique alors sur la ligne médiane une incision de quatre travers de doigt dont l'extrémité inférieure répond au bord supérieur du pubis. Il incise la ligne blanche, puis, les bords de la plaie étant écartés, il arrive sur le tissu adipeux prévésical, fait relever doucement par le doigt d'un aide un bourrelet adipeux paraissant appartenir au cul-de-sac péritonéal, incise avec précaution les fibres musculaires de la vessie, et enfin la muqueuse qui apparaît, dans l'écartement des fibres, sous la forme d'un bourrelet bleuâtre demi-transparent. Le liquide contenu dans la vessie s'échappe avec force. M. Périer introduit alors son doigt indicateur droit, et, le repliant en crochet, il amène aisément au dehors le tube de caoutchouc qui se déroule. Une grande partie des concrétions calcaires qui l'incrustaient se désagrègent pendant l'extraction et souillent la plaie qu'on lave abondamment à l'eau phéniquée.

L'eau du pessaire étant écoulée et cet instrument enlevé, la vessie abandonnée à elle-même se retire si profondément derrière le pubis que M. Périer renonce à suturer la plaie. Il se borne à placer dans l'intérieur de la vessie un tube en caoutchouc rouge qui sort par la plaie abdominale et qui est maintenu en position en le traversant avec un fil dont les chefs sont fixés à la peau du ventre à l'aide d'ouate collodionnée. Il suture la plaie abdominale, au-dessus et au-dessous de ce tube qui est relié à un siphon dont l'extrémité plonge dans un vase situé sous le lit et contenant de l'eau phéniquée. Dans le même vase plonge un second siphon en rapport avec une sonde en caoutchouc introduite dans la vessie par l'urèthre. Le pansement de Lister est rigoureusement appliqué.

Les suites de l'opération ont été très simples; fièvre insignifiante, pas de ligature à faire. Le malade étant inondé par l'urine, par suite du fonctionnement défectueux des tubes, ceux-ci furent enlevés le cinquième jour.

Le sixième jour, les points de suture furent coupés; la réunion était parfaite.

Le septième jour, l'urine est émise pour la première fois par le canal; le onzième jour, la vessie commence à retenir l'urine; le treizième jour, les pièces du pansement sont à peine mouillées. La cicatrisation de la plaie ne fut complète, toutefois, que le vingt-huitième jour après l'opération. Dès lors le fonctionnement urinaire fut parfaitement rétabli.

Pendant tout le cours de la cicatrisation, la plaie abdominale fut recouverte d'un dépôt phosphatique persistant qui fit craindre un instant la formation d'une fistule.

Dès le troisième jour, les urines étant devenues noires, M. Périer remplaça les injections phéniquées par des injections au salicylate de soude.

Le second opéré était un homme de 55 ans, entré à l'hôpital le 8 mars pour un calcul vésical dont la présence avait amené de graves désordres, occasionné des urines purulentes et de fréquentes hématuries. Le lithotriteur explorateur indiquait plus de 4 centimètres de diamètre pour le calcul, qui était en même temps fort dur.

Pendant quelques semaines, M. Périer essaya par tous les moyens de remettre cet homme dans un meilleur état de santé sans pouvoir y réussir. Malgré les injections à l'essence de Wintergreen, faites avec les plus grandes précautions, les urines restèrent purulentes, les hématuries persistèrent. Le malade était condamné à mort à brève échéance. La lithotritie, la taille périnéale étaient impossibles, étant donnés la dureté et le volume du calcul. La taille hypogastrique fut décidée.

L'opération fut pratiquée, pour ainsi dire, *in extremis*, et dans les formes de la précédente, sans incident particulier. Le calcul fut extrait, après l'ouverture de la vessie, au moyen d'une simple pince à polypes. C'était un calcul d'urates de 31 grammes et de 44 millimètres de diamètre.

Malgré toutes les précautions employées, le malade resta dans l'état de subdélirium continu où il était déjà avant l'opération, et succomba au bout de cinq ou six jours.

A l'autopsie, on trouva le rein droit atrophié et kystique, le rein gauche hypertrophié et présentant plusieurs foyers purulents, dont un avait dépassé les limites de l'organe et envahi le tissu adipeux péri-rénal. Le foie était le siège d'une dégénérescence graisseuse très prononcée.

Cependant, la plaie de l'opération se présentait dans un état de parfaite intégrité, sans apparence d'infiltration purulente, ni même de simple phlegmasie du tissu cellulaire environnant, et il est facile de constater, sur la pièce pathologique mise sous les yeux de la Société de chirurgie, que le bistouri est resté à une distance notable du péritoine.

La mort n'est donc pas imputable au mode opératoire dont l'innocuité se trouve, au contraire, mise en évidence par l'autopsie.

M. Théophile ANGER a pratiqué deux fois la taille hypogastrique et, deux fois, il a été frappé de la promptitude avec laquelle la vessie, abandonnée à elle-même après l'opération, se retirait au fond du bassin, si bien qu'il a eu de la peine à la saisir avec une pince pour l'amener à l'ouverture abdominale et la suturer. M. Anger a imaginé un instrument pour empêcher ce retrait de la vessie. Il consiste en une sonde ordinaire creuse, dans laquelle glisse

un mandrin composé de petits chaînons articulés et cannelés. L'eau étant introduite dans la vessie par la sonde, on enfonce le mandrin, que l'on fait saillir dans la vessie; on soulève ainsi les parois de l'organe et on les applique contre la paroi abdominale, de telle sorte que le chirurgien a toujours sous son doigt l'extrémité de la sonde et, par conséquent, la paroi vésicale. Le bec de la sonde applique la vessie contre la paroi abdominale et empêche les deux lèvres de l'incision vésicale de se rétracter dans le bassin. On a ainsi une ouverture béante par laquelle le doigt peut librement aller chercher et extraire le corps étranger. Cette sonde sert ainsi de conducteur au bistouri et donne une sécurité plus grande que le ballonnement du rectum. Celui-ci devra être réservé pour les cas où le volume trop considérable du calcul ne peut pas permettre le libre développement du mandrin.

M. Monod déclare que dans les trois opérations de taille sus-pubienne qu'il a eu occasion de pratiquer à l'hôpital Necker, il a pu pratiquer, sans instrumentation particulière et sans difficulté, la suture de la plaie vésicale. Un doigt introduit dans la vessie appliquait la paroi de l'organe contre la paroi abdominale; le premier fil ainsi passé et confié à un aide a maintenu la vessie en place et a permis de continuer et d'achever la suture.

On a diversement apprécié, tant en France qu'à l'étranger, l'opportunité de la suture de la vessie. Les chirurgiens français ne faisaient généralement pas la suture et laissaient la plaie vésicale et abdominale largement ouverte. Après réflexion, M. Monod croit devoir revenir à la pratique des anciens chirurgiens, et, pour sa part, s'il avait de nouvelles occasions de pratiquer la taille sus-pubienne, il déclare qu'il ne ferait plus ni suture de la vessie ni suture de la paroi abdominale.

— M. Verneuil croit devoir revenir sur la discussion relative aux récidives de la coxalgie et communiquer l'observation d'un jeune garçon auquel il a donné des soins et qui présente un exemple de cette forme de coxalgie sur laquelle M. Verneuil a appelé l'attention dans la communication qui a été le point de départ de ce débat.

Il s'agit d'un enfant âgé de 4 ans 1/2, d'une bonne constitution, sans traces de scrofule, qui fut pris d'une coxalgie de bénigne apparence. On le plaça dans la gouttière de Bonnet sans être obligé de recourir à la chloroformisation, ce qui prouve que l'attitude vicieuse n'était pas très marquée. Il y resta pendant dix-huit mois, après lesquels on crut la guérison assurée, car, sauf un très léger raccourcissement, tous les symptôme de la maladie avaien complètement disparu. On permit au petit malade de marcher et il usa et abusa de la permission, sans qu'il se manifestât pendant plusieurs mois la moindre apparence d'inconvénient quelconque.

Au bout de quelques mois, cependant, les parents s'aperçurent que l'enfant boitait plus qu'après la sortie de la gouttière, que le membre se raccourcissait de plus en plus et que les reins s'excavaient.

Le 20 octobre de cette année 1881, un an après la suppression de la gouttière, l'enfant fut amené à la consultation de M. Verneuil; il boitait considérablement en marchant et l'ensellure était extrêmement marquée. Lorsque l'enfant était placé dans la position verticale, le pied du membre malade se trouvait à 13 ou 14 centimètres au-dessus du sol.

M. Verneuil remarqua que les muscles adducteurs et fléchisseurs étaient extrêmement contracturés et que les muscles fessiers étaient très atrophiés.

En cherchant à redresser le membre qui était dans un état de flexion très prononcée, M. Verneuil constata que ce membre ne pouvait être mis complètement dans l'extension, ni être porté dans l'abduction et l'adduction. Quant à la flexion, on pouvait la porter jusqu'à ses extrêmes limites sans la moindre difficulté. On ne sentait pas le moindre frottement articulaire, par conséquent il n'existait pas de lésion osseuse. M. Verneuil rectifia l'attitude vicieuse, mit l'enfant dans la gouttière de Bonnet, puis lui fit porter un appareil de Bouvier pour achever la guérison.

Ainsi voilà un enfant qui, après dix-huit mois de séjour dans la gouttière de Bonnet, sans la moindre douleur, sans le moindre symptôme inflammatoire, reprend peu à peu, lentement, son attitude vicieuse sous la double influence de l'atrophie des muscles fessiers et de la contracture des muscles fléchisseurs et adducteurs de la cuisse. C'est un exemple de plus à joindre à ceux que M. Verneuil a déjà cités à l'appui de son hypothèse sur la cause des récidives de l'attitude vicieuse dans des coxalgies que l'on était en droit de considérer comme complètement guéries.

— M. Polaillon communique une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur dans un cas de névralgie de la face, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Dentu.

Le sujet de cette observation est un homme de 61 ans, cultivateur, entré à l'hôpital de la Pitié, le 3 août dernier, pour une névralgie de la cinquième paire, du côté droit. Cet homme

souffrait depuis trois ans et en était arrivé à ne plus pouvoir ni manger ni dormir. La névralgie occupait le rameau sous orbitaire du maxillaire supérieur et toutes les branches du maxillaire inférieur; mais les douleurs les plus cruelles se faisaient sentir dans le nerf dentaire inférieur. Le simple attouchement de la partie correspondante de la lèvre inférieure provoquait une crise douloureuse irradiant à toutes les parties de la face, sans y déterminer cependant, comme dans le cas de M. Le Dentu, des convulsions épileptiformes. Il avait été, en l'absence de M. Polaillon, traité par toutes sortes de calmants : bromure de potassium, hydrate de chloral, aconitine, injections sous-cutanées de morphine, etc. La dose de ces divers médicaments avait été successivement notablement élevée; celle du bromure de potassium, en particulier, avait été portée jusqu'au chiffre énorme de 16 grammes par jour. Les crises douloureuses n'avaient nullement été calmées par ces moyens qui n'avaient produit d'autre résultat que d'amener un état d'affaiblissement extrême poussé au point que le malade laissait involontairement échapper ses urines et ses matières fécales. Voyant que toutes les médications ordinaires étaient impuissantes, M. Polaillon avait résolu de faire la résection du nerf dentaire inférieur. Avant d'en venir à cette opération, il voulut essayer de l'élongation, se proposant, en cas d'échec, de pratiquer la résection.

Le 6 septembre, après avoir fait prendre au malade 2 grammes d'hydrate de chloral une heure avant l'opération et achevé l'anesthésie, au moment de l'opération, à l'aide d'une petite quantité de chloroforme, M. Polaillon pratiqua une incision en coupant les deux branches du maxillaire inférieur et allant jusqu'à l'os. Ayant décollé le périoste, il appliqua sur l'os une couronne de trépan qui, ouvrant le canal dentaire, mit le nerf à nu. Il chargea le nerf sur un crochet mousse, l'attira progressivement hors de l'ouverture faite par le trépan et le souleva à une hauteur d'un centimètre et demi environ, puis le laissa retomber flasque au fond de la plaie.

Voulant se réserver la possibilité, en cas d'échec, de pratiquer la résection, M. Polaillon passa sous le nerf un fil de catgut, puis fit la suture de la plaie. Le lendemain de l'opération, la douleur avait disparu non-seulement dans la branche dentaire inférieure, mais encore dans toutes les autres branches occupées par la névralgie. Au bout de quelques jours, les crises reparurent, mais elles purent être calmées par les injections de morphine, qui, avant l'opération, étaient toujours demeurées sans effet.

Le 4 septembre, cinq jours après l'opération, le fil de catgut s'était résorbé; les crises douloureuses allèrent en s'amoindrissant de jour en jour, pour cesser définitivement le 20. Le 22, le malade quittait l'hôpital complètement guéri, car, depuis cette époque, il a donné plusieurs fois de ses nouvelles, et sa dernière lettre en date du 6 novembre annonce qu'il se porte à merveille et qu'il n'a plus éprouvé, depuis sa sortie de l'hôpital, la moindre atteinte de sa névralgie. L'opération de l'élongation du nerf dentaire inférieur a donc arrêté la douleur non-seulement dans ce nerf, mais encore dans les autres branches atteintes par la névralgie. La guérison persiste depuis trois mois. Sera-t-elle définitive? L'avenir seul nous le dira.

— M. Trélat désire attirer l'attention de ses collègues sur un fait qui lui a semblé digne d'intérêt et qui montre de quelles difficultés peut être entouré le diagnostic de certaines maladies de la langue.

Il y a un an, M. Trélat fut consulté par un malade qui était depuis longtemps en traitement pour une affection de la langue. Cet organe était le siège de douleurs extrêmement vives et d'un gonflement considérable qui empêchait cet homme de manger, de parler et de fermer la bouche. Il avait déjà subi, pour cela, un grand nombre de cautérisations, et il s'appliquait souvent lui-même ce mode de traitement.

En examinant la partie malade, M. Trélat constata que le quart antérieur de la langue était envahi, du côté gauche, par une ulcération sans épaisseur, excluant par conséquent l'idée d'un cancroïde, d'un néoplasme. Cette ulcération offrait à sa surface des points grisâtres, d'autres points jaunâtres analogues à des fragments de jaune d'œuf; elle était sans analogie avec les ulcérations épithéliales; c'était une tumeur déjà étendue en surface, depuis longtemps rebelle à divers modes de traitement, ulcérée, superficielle, sans profondeur, non accompagnée d'engorgement ganglionnaire.

Le malade demandait à être débarrassé de son mal par une opération. M. Trélat crut devoir résister à ce désir. Il conseilla d'abord la suppression complète des cautérisations et leur remplacement par des moyens anodins, en particulier par des bains locaux de glycérine. Le malade venait de temps en temps à la consultation de M. Trélat, qui constatait chaque fois que le mal demeurait stationnaire, sans ombre d'amélioration.

Sur le conseil de M. Trélat, le malade consulta pour sa langue M. le docteur Ernest Besnier qui, déjà, le soignait pour une affection de la peau. Pendant quatre mois M. Trélat et M. Besnier épuisèrent toutes les formes de médications calmantes, opiacées, etc., sans obtenir la moindre modification de cette ulcération rebelle et extrêmement douloureuse.

En voyant l'impuissance de tous les traitements médicaux, M. Trélat s'était résolu enfin, de guerre lasse, à pratiquer l'opération depuis longtemps réclamée par le malade, lorsque celui-ci se mit tout à coup à tousser; on crut à une simple bronchite; mais peu à peu on le vit s'affaiblir sous l'influence des récidives continuelles de sa prétendue bronchite, et il finit par succomber le 12 mai dernier avec tous les symptômes de la phthisie pulmonaire.

A partir du moment où le malade commença à tousser et à perdre ses forces, M. Trélat, soudainement éclairé comme par un trait de lumière, comprit que l'ulcération de la langue n'était autre chose qu'une ulcération tuberculeuse; mais il était alors trop tard pour essayer d'arrêter par une opération l'évolution d'une tumeur qui s'était déjà généralisée dans les poumons.

M. Trélat montre par ce fait, dans lequel un médecin des plus distingués et un chirurgien ont été presque jusqu'au bout dans l'impossibilité de reconnaître la nature du mal, combien le diagnostic de la tuberculose de la langue est parfois entouré de difficultés.

Quant au traitement qu'il eût fallu, suivant lui, appliquer à cette maladie, M. Trélat ne peut s'empêcher de rappeler à ce sujet une discussion qui eut lieu, il y a trois ou quatre ans, au sein de la Société de chirurgie, à l'occasion d'un rapport de M. Giraud-Teulon sur une observation de tubercule de la choroïde, discussion dans laquelle un des membres ne craignit pas de proposer, pour combattre le mal, l'extirpation du globe oculaire.

M. Trélat déclare qu'il n'hésiterait pas désormais, dans un cas de tuberculose de la langne nettement caractérisée, à pratiquer l'amputation de la partie malade, dans le but d'empêcher, en supprimant le foyer d'infection, la propagation et la généralisation de la tuberculose dans les organes internes.

Les notions acquises aujourd'hui par les progrès de la science sur l'évolution de la tuberculose, autorisent, suivant lui, les chirurgiens à intervenir, dans tous les cas où l'intervention chirurgicale est possible, afin de supprimer, par l'ablation de la partie malade, un foyer d'infection susceptible de propager et de généraliser la maladie.

MM. Maurice Perrin et Théophile Anger déclarent être de l'avis de M. Trélat en ce qui concerne la tuberculose de la langue; mais, pour ce qui regarde la tuberculose de la choroïde, ils ne consentiraient à pratiquer l'extirpation du globe oculaire que dans le cas où la fonction visuelle serait abolie dans l'œil malade.

M. Trélat répond que, plus radical que ses collègues, il pratiquerait l'extirpation de l'œil malade, même dans le cas où la fonction visuelle ne serait pas abolie, s'il y avait des craintes sérieuses de généralisation tuberculeuse.

M. Berger serait d'avis, dans le cas d'ulcération tuberculeuse de la langue, de préférer à l'ablation totale de l'organe, le simple évidement à l'aide de la cuiller tranchante.

M. Horteloup a eu l'occasion d'opérer quatre ou cinq fois des malades atteints de testicule tuberculeux. Il est convaincu d'avoir ainsi rendu l'évolution de la tuberculose plus lente et d'avoir, par là, prolongé plus ou moins longtemps la vie des malades.

M. Le Dentu déclare partager complétement l'opinion de M. Horteloup.

— M. Horteloup présente un malade atteint de perte de substance du voile du palais à la suite d'une tumeur gommeuse. Les aliments et les boissons refluaient par les fosses nasales. Une opération de staphylorraphie avait échoué. M. Horteloup a réussi à combler la perte de substance en greffant, pour ainsi dire, la luette sur les bords avivés de la perforation. Le malade est aujourd'hui parfaitement guéri; les boissons et les aliments ne passent plus par les fosses nasales.

— M. le docteur Poulet (de Lyon) présente un instrument dans lequel il a cherché à réaliser une modification considérable du forceps ordinaire, afin d'en rendre l'introduction et la manœuvre à la fois plus commode pour le chirurgien et plus douce pour la patiente. L'auteur donne à cet instrument le nom de *forceps souple à traction indépendante.* Nous reviendrons sur cette communication à l'occasion du rapport de la commission nommée pour l'examiner.

D[r] A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Hystéro-épilepsie; hémiplégie droite; lésions tuberculeuses des circonvolutions frontale et pariétale ascendante du côté gauche. — Phénomènes d'efflorescence cutanée; hémorrhagies internes; mal de Pott cervico-dorsal*, par M. Cenies, interne des hôpitaux de Lyon. — La malade, âgée de 18 ans, entre, le 20 avril 1881, à l'hôpital pour des crises nerveuses, précédées d'une aura variable dans son point de départ; elle consiste soit dans un spasme du larynx, soit dans une douleur du genou droit, de la plante ou du dos du pied, soit de l'épigastre. Les attaques, qui durent 15 minutes et se produisent plusieurs fois par mois, consistent dans la perte de connaissance, dans des phénomèmes de clownisme, des convulsions toniques. A la suite de l'une d'elles, les membres du côté droit furent paralysées temporairement, mais on observa une diminution préexistante de la puissance musculaire et de la sensibilité. Le 10 juin les règles, supprimées depuis dix mois, réapparaissent, et en même temps, à la surface du corps, se montrent des plaques ortiées, des épistaxis. Des fuliginosités sur les gencives, de l'hyperthermie, des douleurs lombaires et abdominales apparurent les jours suivants et bientôt après la malade succomba dans les convulsions, après une hématémèse.

A l'autopsie, on observe une carie avec déformation de la colonne vertébrale dans la région cervico-dorsale, la présence de pus entre les méninges et la moelle, de l'induration inflammatoire des méninges à ce niveau. Dans la région dorsale d'une part et vers la queue de cheval d'autre part existaient des tumeurs d'apparence nerveuse macroscopiquement et dont l'examen microscopique révélera ultérieurement la nature. On constate quelques tubercules dans les sommets des poumons, de l'hypertrophie des ganglions bronchiques, de la dégénérescence graisseuse du foie, de nombreuses taches ecchymotiques dans le mésentère et enfin dans le cerveau deux tumeurs caséeuses du volume d'une noix, l'une à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante de l'hémisphère gauche, l'autre en avant de la scissure perpendiculaire du même côté.

Les phénomènes ultimes étaient probablement des troubles vaso-moteurs par paralysie du centre cilio-spinal qui, en effet, est situé au niveau des lésions vertébrales. Les phénomènes anciens d'hémiparésie et d'hémianesthésie du côté droit étaient vraisemblablement en rapport avec les tumeurs caséeuses de l'hémisphère cérébral gauche. Cependant la malade éprouvait les troubles de l'hystéro-épilepsie plutôt que ceux de l'épilepsie symptomatique des lésions cérébrales. Aussi l'observation actuelle a-t-elle un grand intérêt à la fois au point de vue clinique et anatomo-pathologique (*Lyon médical*, p. 558. — 28 août 1881). — Ch. E.

## FORMULAIRE

Potion contre le choléra infantile. — Parrot.

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque . . . . . . . . . . | 2 grammes |
| Eau de chaux . . . . . . . . . . . . . . . . | 30 — |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . | 50 — |
| Sirop de coings . . . . . . . . . . . . . . | 30 — |

F. s. a. — A donner par cuillerées à l'enfant atteint de choléra. — Infusion de café par cuillerées de temps en temps; glace pour arrêter les vomissements. — Réchauffer par tous les moyens possibles. — Dans certains cas, appliquer un vésicatoire sur la paroi abdominale.

N. G.

## COURRIER

Association générale des médecins de France. — Dans la première séance du Conseil qui a suivi la cérémonie des obsèques de M. Bouillaud, M. Henri Roger a payé un tribut d'hommages à l'illustre vice-président de l'Association. Voici l'allocution qu'il a prononcée :

Messieurs et chers collègues,

M. Bouillaud, après une maladie de quelques jours terminée par une mort soudaine, vient d'être ravi à nos admirations et à nos affections; mourant en pleine intelligence comme en pleine gloire, il a décliné la pompe des funérailles et la solennité des adieux suprêmes; mais certes sa grande âme n'a pas refusé d'avance les éloges publics réservés à sa mémoire dans les Corps savants dont il fut l'honneur pendant un demi-siècle; son cœur, attendri par les

longs bonheurs d'une vieillesse vénérée et glorifiée entre toutes, n'a pas non plus répudié l'hommage sincère de nos cœurs et l'expression intime de notre vive affliction.

Parmi les médecins contemporains qui succédèrent à Broussais et à Laënnec, le nom de Bouillaud a surpassé tous les noms; par ses écrits considérables, par son admirable découverte de l'endocardite et de la loi de coïncidence avec le rhumatisme, par son enseignement splendide, par sa renommée de clinicien, par ses communications et ses discours à l'Institut et à l'Académie de médecine que charmait et étonnait l'éloquence abondante et chaleureuse d'un orateur plus qu'octogénaire, il s'était fait une gloire antique et toujours jeune.

Médecins, saluons de tous nos respects le dernier représentant de l'ère brillante de rénovation médicale où l'École de Paris jeta un si vif éclat; membres du Conseil de l'Association, saluons encore une fois de nos sympathies profondes et des effusions de notre gratitude M. Bouillaud, le vice-président perpétuel de l'Association générale des médecins de France, laquelle est née et a grandi sous sa protection dévouée. Ce dévouement aux intérêts de notre fédération amicale, nous en étions ici les témoins reconnaissants; car notre illustre collaborateur et maître ne manquait jamais aux séances du Conseil : fonctionnaire de l'ordre le plus élevé dans notre Administration bienfaisante, il y donnait constamment l'exemple de l'exactitude et du zèle aux plus humbles de ses auxiliaires. Gardons-lui pieusement la plus haute et la meilleure place dans nos souvenirs.

Le choléra. — On télégraphie d'Alexandrie, 11 novembre :

La commission sanitaire a reçu une dépêche de Djeddah, annonçant que le choléra est en recrudescence à la Mecque. Le nombre des morts, qui était de 55 le 3 novembre, s'est élevé à 215 le 4 et 214 le 5. Les pèlerins sont partis le 6. La commission sanitaire leur imposera probablement une quarantaine sévère à El-Ouedj.

La variole a Rennes. — Les journaux de Rennes rapportent que l'épidémie de variole qui sévit depuis quelque temps sur cette ville continue son œuvre. Toutefois une certaine diminution dans le nombre des cas a été observée dans des rapports spéciaux. Le nombre des malades actuellement atteints de cette affection ne doit guère dépasser la cinquantaine, et encore le chiffre de ceux qui y succombent est-il des plus restreints.

Les quartiers qui ont été le plus éprouvés par l'épidémie sont ceux de la rue de Nantes et de la rue Saint-Hélier.

On a constaté également plusieurs cas de variole noire qui ont eu, comme de juste, un résultat fatal.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Le *vendredi* 9 *décembre* 1881, *à* 1 *heure*, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication au rabais, et sur soumissions cachetées, des fournitures suivantes nécessaires aux besoins des hôpitaux et hospices civils.

*Bandages, pessaires, bas élastiques*, etc., à livrer au Bureau central d'admission et aux divers hôpitaux et hospices pendant l'année 1882. — Évaluation ; 30,000 fr. (en deux lots).

*Lait* nécessaire au service des divers établissements de l'administration pendant l'année 1882. — Évaluation : 1,520,000 litres (en 16 lots).

*Charbon de bois* nécessaire au service des divers établissements de l'administration pendant l'année 1882. — Évaluation 2,700 doubles-hectolitres (en un lot unique).

S'adresser, pour prendre connaissance des cahiers des charges, au secrétariat de l'Assistance publique, tous les jours non fériés, de 11 heures à 3 heures.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Lailler commencera ses conférences cliniques sur les maladies de la peau le vendredi 18 novembre, à 9 heures précises, et les continuera tous les vendredis, à la même heure. (Salle Sainte-Foy et pavillon Saint-Mathieu.)

— M. le docteur Dehenne a recommencé ses conférences pratiques d'ophthalmologie, à sa clinique, rue Monsieur-le-Prince, 24, le jeudi 3 novembre, à 1 heure 1/2, et les continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les *Maladies des voies urinaires*, le vendredi 18 novembre, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 15 novembre. — Nous continuons à regretter que les rapports officiels ne soient pas autographiés et distribués au lieu d'être lus à la tribune. Un rapport sérieux et travaillé comme celui de M. Léon Colin sur les instructions et sur les mesures et précautions à prendre, sur les soins à donner aux ouvriers, lorsque des travaux s'exécutent sur des terrains marécageux ou dans des alluvions maritimes de formation récente, ne peut être jugé au vol par une assemblée qui serait sans doute attentive, s'il était humainement possible d'écouter lire pendant une heure. Si les travaux de ce genre étaient distribués simplement, quelques-uns des académiciens qui n'écoutent pas, ne liraient pas davantage; d'autres liraient et apprécieraient mieux; tous voteraient comme ils le font. Dans les questions importantes ou litigieuses, on pourrait toujours demander la discussion publique. En somme, l'Académie gagnerait du temps, et l'intérêt des séances n'y perdrait rien.

Pour qu'une séance existe, pour qu'elle soit vivante, il faut qu'on parle. Tout récemment, quand MM. Guéniot, Labbé, Verneuil, Gosselin, Trélat ont discuté sur le traitement des polypes utérins, le sujet n'était pas neuf, et cependant l'attention des auditeurs ne s'est pas endormie un instant. C'est que les orateurs ont parlé d'abondance, et n'ont rien lu. Aujourd'hui, malgré l'intérêt qu'offrira sans nul doute, quand on l'aura sous les yeux, une observation *lue* par M. Marrotte, malgré l'importance du rapport *lu* par M. Léon Colin, malgré la grande valeur d'un travail *lu* par M. Le Dentu sur un cas heureux de néphrectomie, la séance n'était pas vivante.

L'attention, d'ailleurs, était distraite par une grave nouvelle. M. le professeur Vulpian a mis à exécution la décision qu'il avait prise depuis longtemps et confiée à ses collègues, de donner sa démission de doyen de la Faculté, au cas où certains changements se produiraient en haut lieu. C'est aujourd'hui un fait accompli.

M. Vulpian, qui par la valeur de ses travaux et la dignité de son caractère est un des chefs vénérés de notre École et avait mérité d'être placé à sa tête, laisse à la Faculté de médecine une tâche bien délicate à remplir, celle de lui trouver un successeur.

Dans la salle des Pas-Perdus, on causait beaucoup de la démission du doyen, à qui les éloges et les marques de sympathie n'étaient pas épargnés. Plusieurs noms circulaient de bouche en bouche, comme à la Chambre circulent les listes ministérielles avant l'heure où l'évènement vient réduire à néant les prédictions hâtives. La Faculté se réunit jeudi prochain; personne ne sait ce qui sortira de ses délibérations; et quand elle aura délibéré, personne ne sait ce qui sortira du ministère; et quand le ministère aura parlé, personne ne sait ce qui adviendra.

— Samedi dernier, 12 novembre, plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris ont offert un dîner chez Brébant à Spencer Wells, le célèbre ovariotomiste anglais. L'initiative de cet acte de confraternité internationale avait été prise par le docteur Worms, grand ami du savant d'outre-Manche. Paris n'était pas seul représenté : le docteur Leudet, de Rouen, s'était joint à nous. Aujourd'hui que la chirurgie n'est plus entre les mains des barbiers, la médecine pouvait frayer avec nous : le professeur Michel Peter est venu nous le dire.

Nous n'en sommes plus à nous étonner des hardiesses de la chirurgie moderne. Mais, au milieu des succès toujours croissants que nous donnent les nouvelles méthodes, il ne faut pas oublier que Spencer Wells a été un initiateur, un de ceux qui nous ont montré avec sûreté la route à suivre.

M. le professeur Gosselin a rendu hommage, dans un toast heureusement improvisé, au grand service que Spencer Wells a rendu, en démontrant « la possibilité et l'opportunité de cette belle opération, l'ovariotomie. » En même temps, il l'a chargé de remercier pour nous ses compatriotes de l'hospitalité si large et si cordiale que les Français ont trouvée à Londres à l'époque du récent Congrès. — L.-G. R.

# CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

**Hôtel-Dieu. — M. le professeur RICHET.**

## SECTION DE L'ARTÈRE ET DU NERF CUBITAL PAR UN COUP DE COUTEAU; DE LA SENSIBILITÉ RÉCURRENTE PÉRIPHÉRIQUE.

Leçon recueillie par le docteur BAZY, chef de clinique chirurgicale.

Messieurs,

J'ai à vous parler aujourd'hui d'un malade qui va nous fournir l'occasion de vous entretenir d'un sujet longtemps obscur et même ignoré, plus tard très controversé, accepté aujourd'hui et élucidé grâce à des travaux dont je ferai mention dans le cours de cette étude : je veux parler des sections nerveuses et de la sensibilité récurrente périphérique.

Le malade qui fait le sujet de notre leçon est un garçon boucher, âgé de 22 ans. Tandis qu'il découpait une pièce de boucherie, son couteau a glissé et est venu s'enfoncer profondément dans son poignet gauche, où il a fait une entaille, longue de 3 centimètres, partant du talon de la main au niveau du sillon cutané du poignet et de sa partie moyenne, pour se diriger obliquement vers le bord interne de l'avant-bras.

L'hémorrhagie a été abondante et n'a pu être arrêtée ni par les personnes présentes, ni par le médecin qui a été appelé; il a été conduit à l'hôpital, où une compression directe a pu faire l'hémostase, du moins momentanément.

Quand nous avons enlevé le pansement, deux heures et demie environ après l'accident, nous avons vu l'hémorrhagie se reproduire aussitôt en jet par l'angle supérieur et l'angle inférieur de la plaie. La recherche des deux bouts de l'artère a été relativement facile, grâce à la compression que nous avons fait exercer sur l'humérale. Nous nous sommes immédiatement préoccupé du nerf cubital, qui est, comme vous le savez, si voisin de l'artère cubitale. Nous ne l'avons pas trouvé immédiatement. Ce n'est qu'en cherchant attentivement que nous avons vu nettement un tronçon appartenant au bout inférieur; le bout supérieur, au contraire, s'était rétracté dans la gaîne et montrait à peine son extrémité à l'extérieur.

Les deux extrémités étaient distantes d'environ 1 centimètre 1/2; quand on saisissait entre les pinces le bout supérieur, le malade jetait un cri; quand on saisissait le bout inférieur, il éprouvait une douleur non moins vive. Le bout périphérique était donc aussi sensible que le bout central, quoiqu'il ne fût plus en relation directe avec la moelle. Pour rendre l'expérience plus saisissante, et en même temps pour bien m'assurer et vous démontrer que c'était bien un nerf que je touchais aussi, j'en ai réséqué une petite portion sur chacun des deux bouts. Un instant avant la section, le malade était très calme; mais, au moment où les ciseaux ont tranché le cordon nerveux, il a poussé un cri et manifesté une très vive douleur.

Cette portion de nerf réséqué a été portée immédiatement au laboratoire et préparée pour être soumise à l'examen microscopique, qui nous a révélé l'existence de tubes nerveux caractéristiques.

Après que j'ai eu constaté que le nerf cubital était sectionné, je me suis demandé s'il ne conviendrait pas de faire la suture, comme elle a été proposée et faite dans des cas semblables; elle n'eût pas, du reste, été difficile à pratiquer; il y avait un intervalle de 1 centimètre 1/2 entre les extrémités; en tirant un peu sur les deux bouts, et surtout en faisant fléchir le poignet, nous aurions pu les affronter; mais pour les raisons que je vais vous donner tout à l'heure, je me suis demandé à quoi servirait la suture, et je me suis décidé à ne pas la faire tout de suite, pensant d'ailleurs que je pourrais toujours la faire.

Le lendemain, je rapprochai les deux lèvres de la plaie et je commençai une série d'expériences sur la sensibilité des parties innervées par le nerf cubital. Vous savez que le nerf cubital se distribue aux faces palmaire et dorsale du petit doigt et à la moitié interne de la face palmaire de l'annulaire; il innerve la face dorsale de

l'annulaire et la moitié interne de la face dorsale du médius. Qu'était devenue la *sensibilité*, ou mieux *les sensibilités*, dans cette région? Je dis les sensibilités, parce que nous avons exploré la sensibilité au toucher, la sensibilité à la douleur et la sensibilité à la température.

L'examen de la sensibilité tactile nous a donné les résultats suivants : elle était intacte dans les deux premières phalanges de l'auriculaire et du petit doigt, elle était un peu obtuse dans la troisième phalange de l'auriculaire.

La sensibilité à la douleur était intacte partout; il en était de même de la sensibilité à la température, le malade distinguait très nettement le froid du chaud.

Donc toutes les sensibilités persistent, à peine un peu amoindries, dans toutes les portions innervées par le nerf cubital, quoique celui-ci ait été sectionné. Or, c'est là aujourd'hui un fait qui ne surprend plus personne depuis qu'ici même, à l'Hôtel-Dieu, en 1867, j'ai démontré qu'après la section du nerf médian la sensibilité persistait dans toutes les parties qu'il innerve. C'est depuis que les physiologistes et les chirurgiens ont confirmé cette démonstration, les uns par leurs expériences, les autres par leurs observations.

Je ne veux pas *aujourd'hui* vous faire l'histoire des sections nerveuses ni de la sensibilité récurrente : je veux vous parler seulement de la suture des nerfs, et vous dire pourquoi je ne l'ai pas faite chez notre malade; si je ne l'ai pas tentée, ce n'est pas pour le vain plaisir de faire une expérience et de vous montrer ce que deviendra la sensibilité dans les parties innervées par le nerf sectionné. Je ne l'ai pas tentée, parce que je crois qu'elle est inutile et même dangereuse.

Que se propose-t-on en effet quand on fait une suture nerveuse? On veut faciliter aux deux extrémités nerveuses le moyen de se souder, on veut hâter entre ces deux extrémités la régénération de tubes nerveux, et par suite dans le nerf ainsi suturé le rétablissement du courant nerveux centripète et centrifuge. Or, à ce point de vue, cette suture était inutile chez notre malade, puisque la sensibilité était à peu près intacte, et que le courant centripète existait assurément. Peu importe pour le moment de savoir comment il s'effectue; il existe et cela nous suffit. Nous verrons bientôt l'explication physiologique.

Mais plus tard, pourrait-on dire, cette absence de réunion du nerf va amener l'atrophie, le dépérissement des organes auxquels il se distribue. Eh bien, cette atrophie, ce dépérissement, je ne l'ai jamais observé jusqu'ici, et si les parties molles ne s'atrophient pas, c'est parce que la régénération des éléments nerveux se fait malgré l'écartement des bouts sectionnés, et à travers la cicatrice qui ne manque pas de s'effectuer, quoique tardivement. Pour être édifiés à ce sujet, nous n'avons qu'à consulter les résultats des sections nerveuses pratiquées dans un but thérapeutique, par exemple pour supprimer les douleurs intolérables liées à des névralgies rebelles. Ces névrotomies font disparaître momentanément la douleur, mais ne la suppriment pas à tout jamais. Dans une statistique de 165 cas publiés en Allemagne, on compte à peine 47 cas de guérison confirmée. Et, en effet, au bout de deux ou trois mois, la douleur, la névralgie qu'avait fait cesser la névrotomie, reparaît aussi intense que jamais; donc la régénération des éléments nerveux s'était faite, le courant nerveux s'était rétabli entre les deux extrémités du nerf régénéré. Ce retour des douleurs est même tellement fréquent, il est tellement la règle, que les chirurgiens ont été obligés d'avoir recours à une autre méthode thérapeutique, et pour éviter cette régénération des tubes nerveux, ils ont proposé et fait la résection d'une portion du nerf malade. Or, malgré cette précaution, la douleur souvent encore a reparu, le tissu cicatriciel interposé entre les deux extrémités du nerf les ayant rapprochées, et dans ce tissu fibreux apparaissent bientôt des tubes nerveux qui rétablissent la continuité.

Ainsi la résection, pas plus que la névrotomie, n'empêche la régénération des tubes nerveux. Aussi, en désespoir de cause, a-t-on proposé, après la résection, de recourber les extrémités du nerf coupé dans une étendue plus ou moins considérable, pour empêcher la reproduction des tubes nerveux, et encore, même avec ce procédé, n'est-on pas toujours sûr du succès.

Si donc on a tant de peine à empêcher la réunion des nerfs sectionnés, je me demande à quoi bon la suture, surtout quand on fait tout ce qu'il faut pour que cette régénération nerveuse si tenace n'avorte pas. Chez notre malade, en effet, nous avons rapproché autant que possible les deux bouts du nerf, puis nous ferons fléchir de plus en plus le poignet sur l'avant-bras pour que l'écartement soit moindre et que la reproduction des tubes nerveux soit plus certaine.

Cette suture des nerfs est donc inutile; de plus, comme je vous le disais, elle est aléatoire et dangereuse.

Elle est aléatoire : que fait-on, en effet, quand on suture des nerfs? On passe, à 3 ou 4 millimètres de l'extrémité sectionnée, une aiguille armée d'un fil, en ayant soin de passer autant que possible entre les filets nerveux; puis on rapproche les deux extrémités et on noue. Or, cette suture ne tient pas, car ces fils, étant placés au milieu d'un tissu cellulaire lâche qui n'offre pas de résistance, n'ont pas de point d'appui et coupent ce tissu parallèlement aux filets nerveux, d'autant plus que les nerfs ont de la tendance à se rétracter; il en résulte qu'au bout de trois ou quatre jours, le fil a déchiré les tissus qu'il était chargé de réunir, et les deux extrémités du nerf sont de nouveau éloignées l'une de l'autre.

Elle est, de plus, dangereuse, car ce fil est un corps étranger placé au milieu de tissus excessivement irritables; sa présence peut donc déterminer de la névrite et tous les accidents qui en découlent. Je dois dire cependant que je n'ai rien observé de semblable, car, toutes les fois que j'ai pratiqué la suture des nerfs, moins de quarante-huit heures après, les fils, devenus libres, avaient quitté les extrémités nerveuses.

*(La fin au prochain numéro.)*

# CONSTITUTION MÉDICALE

## JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

**Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881,**

Par M. Ernest BESNIER.

Messieurs,

Pendant le troisième trimestre de l'année 1881, les conditions de l'atmosphère ont présenté les caractères qui suivent :

La TEMPÉRATURE MOYENNE, 17,4°, a été aussi rapprochée que possible de la moyenne thermométrique du trimestre correspondant, laquelle, calculée de 1806 à 1870, est de 17,6°.

La HAUTEUR DE PLUIE tombée, sans être excessive, dépasse le niveau moyen de cette période : 175 au lieu de 147.

Tableau indiquant les principaux caractères de l'*état atmosphérique* à Paris pendant le troisième trimestre de 1881 (1).

| 1881 — MOIS | THERMOMÉTRIE (centigr.) Moy. des minima | Moy. des maxima | Écart. | Moyenne. | BAROMÉTRIE — Pression moyenne à 0° (2) | HYGROMÉTRIE Humidité atmosph. | Hauteurs de pluie | ÉLECTROMÉTRIE — TENS. MOY. (Élém. D11) | ANÉMOGRAPHIE — VENTS dominants |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | MM. | | |
| Juillet | 14°,1 | 27°,0 | 12°,9 | 20°,6 | 756.7 | 53 | 31,7 | ± 34,3 | NO. |
| Août | 12°,4 | 22°,0 | 9°,6 | 17°,2 | 754.1 | 67 | 50,5 | ± 38,1 | O. |
| Septembre | 10°,4 | 18°,5 | 8°,1 | 14°,5 | 754.9 | 79 | 92,4 | ± 39,8 | Var. |
| Moy., totaux | 12°,3 | 22°,5 | 10°,2 | 17°,4 | 755.2 | 66 | 174,6 | ± 37,4 | |

(1) D'après les documents recueillis à l'observatoire de Montsouris, sous la direction de M. MARIÉ-DAVY. — (2) Hauteur moyenne normale du baromètre = 755,2.

Les VENTS DOMINANTS ont soufflé du nord et de l'ouest en juillet et en août ; ils sont devenus très variables en septembre.

La TENSION ÉLECTRIQUE s'est légèrement accrue.

La MORTALITÉ GÉNÉRALE n'a présenté son abaissement normal que d'une manière tardive, et après avoir subi, en juillet, une exacerbation intense ; relevée dans les *hôpitaux* et *hospices civils*, elle a dépassé de 640 le chiffre moyen de la léthalité de la même période calculée pour les neuf années qui précèdent. Il n'est pas nécessaire de faire remarquer que ce nombre excède celui des décès que l'on pourrait rapporter à la progression du nombre des habitants.

| MORTALITÉ GÉNÉRALE des Hôpitaux et Hospices civils DE PARIS — IIIe TRIMESTRE DE 1881 | DÉCÈS PAR MOIS | | | TOTAUX du 3e trim. de 1881 | Mortalité moyenne du trim. corresp. des neuf années précédentes. | ÉCART |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Juillet | Août | Septembre | | | |
| Hôpitaux.......... | 1152 | 1097 | 991 | 3240 | 2465 | + 775 |
| Hospices.......... | 176 | 118 | 117 | 411 | 546 | — 135 |
| Totaux........ | 1328 | 1215 | 1108 | 3650 | 3011 | + 640 |

## I. — AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

De toutes les affections des voies respiratoires, la pneumonie est celle qui subit le plus manifestement l'action des saisons. Depuis le mois de mai, sa déclinaison mensuelle est constante et régulière en nombre et en gravité. C'est là la marche normale, dont chaque année reproduit le tableau d'une manière immuable. Pour la pleurésie, on observe également la décroissance du nombre des cas, mais le coefficient mortuaire varie peu au cours des saisons.

Quant aux affections diverses, comprises dans nos tableaux sous le nom de bronchites, la collation statistique en est si absolument défectueuse que leur numération, dans ces conditions, ne présente aucun intérêt.

| Affections des Voies respiratoires dans les Hôpitaux et Hospices civils de Paris. — IIIe TRIMESTRE DE 1881 | TROISIÈME TRIMESTRE DE 1881 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | JUILLET | | AOUT | | SEPTEMBRE | | TOTAUX | | |
| | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Mouv | Décès | P.p.100 |
| Phthisie pulmonaire (1)........... | 565 | 266 | 518 | 291 | 493 | 258 | 1576 | 815 | » |
| Pneumonies (2).................. | 237 | 68 | 194 | 56 | 139 | 34 | 568 | 158 | 27 |
| Bronchites (3).................. | 532 | 45 | 469 | 24 | 410 | 34 | 1411 | 103 | 7 |
| Pleurésies (4) .................. | 128 | 12 | 124 | 11 | 112 | 15 | 366 | 38 | 10 |

(1-2-3-4) Voyez les notes annexées au tableau du premier trimestre de chaque année.

## II. — DIPHTHÉRIE.

### 1o Statistique de la ville.

L'épidémie de diphthérie, toujours grave et intense, a cependant subi, ainsi que nous l'avions annoncé par avance, une légère atténuation saisonnière ; mais la progression multi-annuelle de la maladie continue, ce qui est de mauvais présage pour la saison d'hiver. Il y a là, pour la population, un péril croissant, qui ne tardera pas à réclamer une enquête spéciale, et à rendre inévitables des mesures de préservation publique appropriées à la gravité des choses.

| Diphthérie à Paris par mois et par arrondissement. — IIIe Trimestre 1881 | 1 Louvre. | 2 Bourse. | 3 Temple. | 4 Hôtel-de-Ville. | 5 Panthéon. | 6 Luxembourg. | 7 Palais-Bourbon. | 8 Elysée. | 9 Opéra. | 10 Saint-Laurent. | 11 Popincourt. | 12 Reuilly. | 13 Gobelins. | 14 Observatoire. | 15 Vaugirard. | 16 Passy. | 17 Batignolles. | 18 Montmartre. | 19 Chaumont. | 20 Ménilmontant. | Totaux mensuels (1) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Juillet ........ | 2 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 2 | 5 | 1 | 9 | 35 | 10 | 14 | 15 | 9 | 6 | 4 | 26 | 16 | 11 | 191 |
| Août......... | 4 | 4 | 4 | 8 | 5 | 6 | 6 | 3 | 4 | 7 | 20 | 10 | 16 | 9 | 13 | 1 | 9 | 12 | 12 | 10 | 168 |
| Septembre ...... | 1 | 3 | 6 | 5 | 8 | 3 | 5 | 4 | 8 | 11 | 24 | 15 | 11 | 12 | 11 | 1 | 11 | 13 | 10 | 15 | 177 |
| Totaux.... | 7 | 12 | 15 | 19 | 18 | 14 | 13 | 12 | 13 | 27 | 79 | 35 | 41 | 36 | 38 | 8 | 24 | 51 | 38 | 36 | 536 |

(1) Il faut ajouter, pour les domiciliés hors Paris, 7 décès en juillet ; 9 en août ; 9 en septembre. Nous négligeons ces décès (à cause de la nature comparative de nos recherches) parce qu'ils n'étaient pas antérieurement comptés dans la statistique de la ville de Paris.

**2° Statistique des hôpitaux.**

L'atténuation se poursuit ici, et se constate à la fois, malgré ses faibles proportions, dans la *morbidité* et dans la *mortalité* qui restent, uniformément pour tous les groupes, *inférieures* à la morbidité et à la mortalité des deux trimestres précédents.

| Diphthérie dans les hôpitaux de Paris — Croup et diphthérie — Mouvement. — Décès. — Propor. cent. IIIe trimestre 1881 | Juillet | | Aout | | Septembre | | Totaux trimestriels | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Mouv | Décès | Prop. p. 100 |
| Diphthérie ................... | 47 | 24 | 68 | 33 | 42 | 19 | 157 | 76 | 48 |
| Croup ..................... | 54 | 40 | 45 | 39 | 29 | 18 | 128 | 97 | 75 |
| Totaux...... | 101 | 64 | 113 | 72 | 71 | 37 | 285 | 173 | 60 |

| Diphthérie dans les hôpitaux de Paris — Croup et Diphthérie — Age. — Sexe. IIIe Trimestre 1881 | Adultes | | | | | | Enfants | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | | | Femmes | | | Garçons | | | Filles | | |
| | Mouv | Décès | P. P. 100 | Mouv | Décès | P. P. 100 | Mouv | Décès | P. P. 100 | Mouv | Décès | P. P. 100 |
| Diphthérie ......... | 2 | 1 | 50 | 7 | 2 | 28 | 81 | 37 | 45 | 67 | 36 | 53 |
| Croup ............. | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 59 | 46 | 77 | 69 | 51 | 73 |
| Totaux...... | 2 | 1 | » | 7 | 2 | » | 140 | 83 | 59 | 136 | 87 | 64 |

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Archambault : « 1° Salle des garçons : 15 angines (dont 1 seule a été suivie de croup), et qui ont donné lieu à 5 décès, proportion relativement heureuse ; — 7 croups tous opérés, et sur lesquels 2 ont guéri.

Chez les filles, nous comptons 16 angines avec 5 décès, et 8 croups qui ont fourni 2 guérisons.

Total pour les deux salles : angines, 31 cas ; 10 décès ; 21 guérisons. — Croups, 15 cas ; 11 décès ; 4 guérisons.

Le traitement s'est résumé dans l'administration de toniques : potion de Todd, café, irrigation avec de l'eau de chaux et alimentation le plus possible.

Pendant une grande partie du trimestre précédent, au sujet duquel je n'ai pas dressé de note, j'avais soumis tous les cas de diphthérie au traitement par le sulfate de pilocarpine.

Cette substance, chez deux malades, a été administrée par la méthode hypodermique, puis ensuite, à l'intérieur d'abord, à la dose de 0,10 dans une potion de 250 grammes, dont on donnait une cuillerée à soupe toutes les heures; puis, comme à cette dose le médicament provoquait le plus souvent des vomissements, je réduisis la dose de moitié.

Je ne veux point ici parler des effets physiologiques de ce médicament, mais indiquer sommairement le résultat final obtenu dans ces conditions d'administration. J'ai sous les yeux 21 observations dont la première a été recueillie à partir du 21 mai et la dernière à la fin de juin, et sur ces 21 enfants, qui ont été pris sans choix au fur et à mesure qu'ils se présentaient dans nos salles, 12 ont succombé et 9 seulement ont guéri.

Si l'on s'en tenait à ces observations, auxquelles on reprochera certainement de n'être pas assez nombreuses, le traitement par la pilocarpine serait un des plus mauvais qu'on ait encore employés. Je ne veux point établir de parallèle entre lui et ceux qui ont été vantés jusqu'à ce jour, mais je me crois autorisé à dire qu'on n'a pas trouvé dans cet alcaloïde un moyen, je ne dirai pas spécifique, mais même tant soit peu efficace, de traiter la diphthérie à laquelle, il faut bien le reconnaître, nous n'avons à opposer que des agents peu sûrs.

Il serait juste, si on voulait comparer les résultats obtenus pendant le troisième trimestre avec ceux du trimestre précédent, de reconnaître que les manifestations diphthéritiques y avaient un caractère généralement moins grave que dans les précédents. Je ne parle plus du développement des cas intérieurs, je dirai seulement que notre collègue M. Hutinel, qui m'a remplacé pendant les vacances, était navré de voir des enfants, convalescents d'une maladie bénigne, être enlevés par la diphthérie. J'ai actuellement, dans ma salle de garçons, un enfant de 12 ans que j'y ai admis pour le traiter d'un tænia, et qui est atteint de diphthérie au moment où j'allais le renvoyer débarrassé de son ver solitaire. Le cas sera, je l'espère, sans gravité absolue. »

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

# THÉRAPEUTIQUE

## LES EAUX SULFUREUSES ET LA MÉDICATION CHRONIQUE.

L'efficacité des eaux sulfureuses, dans le traitement des maladies chroniques, est acceptée aujourd'hui par tous les praticiens. Il n'est pas de médication plus sûre et qui présente un champ d'application plus vaste que le soufre appliqué, soit à l'intérieur, sous forme de boissons, soit à l'extérieur, sous forme de frictions ou de bains.

Mais il faudrait se garder de généraliser outre mesure l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement des affections chroniques. S'il existe quelques diathèses dans lesquelles cette médication présente une utilité incontestable, il est un certain nombre d'affections qui ne peuvent en tirer aucun avantage. C'est ainsi que la tuberculose à la période de ramollissement ne peut être améliorée par l'emploi des sulfureux.

Il importe donc de bien limiter les affections et les diathèses dans lesquelles les eaux sulfureuses doivent être employées. Celles-ci peuvent se ramener à quatre groupes :

1° La diathèse catarrhale, qu'elle porte sur les bronches, la trachée, le larynx, la gorge ou le nez;

2° La diathèse scrofuleuse;

3° La diathèse herpétique;

4° La diathèse syphilitique.

Il n'est pas nécessaire d'énumérer les nombreuses affections qui rentrent dans les quatre diathèses. Il nous suffira de citer la bronchite chronique, les inflammations catarrhales du larynx, les affections cutanées, et les nombreuses manifestations de la scrofule et de la syphilis.

Après avoir spécifié les indications de la médication sulfureuse, il importe de faire un choix parmi les sources relativement nombreuses qui émergent du sol français. On comprend aisément qu'il n'est pas indifférent de s'adresser à telle ou telle source, puisque leur minéralisation, leur température varient considérablement, et qu'elles sont loin de présenter le même degré de conservation. C'est ainsi qu'il est admis depuis longtemps que les eaux froides, c'est-à-dire celles dont la température ne dépasse pas 16 à 18° à leur émergence, conservent mieux leurs propriétés et conviennent pour l'exportation. Il est également reconnu que, parmi les eaux sulfureuses, les eaux calciques sont mieux supportées et offrent moins d'intensité dans les phénomènes qu'elles déterminent, quoique contenant une plus haute dose de principe minéralisateur. C'est là un avantage précieux, parce qu'il permet d'administrer le médicament à haute dose sans craindre la réaction que déterminent trop souvent les eaux sulfureuses.

Parmi les eaux sulfureuses susceptibles d'être exportées, nulle ne nous a paru réunir ces avantages à un plus haut degré que la *source Sévigné.*

Cette source, qui fait partie du groupe de Livry, présente une température de 16 à 18° ; elle contient 42 milligrammes de soufre par litre, comme la plupart de celles d'Enghien ; mais elle présente l'incontestable avantage de ne contenir ni acide carbonique, ni carbonates, substances qui entraînent rapidement à l'air la destruction du principe sulfureux.

L'eau de la source Sévigné présente donc une grande importance dans le traitement des affections chroniques que nous avons énumérées plus haut. Plus minéralisée que la plupart des sources des massifs des Pyrénées et des Alpes, elle se conserve indéfiniment à l'air sans s'altérer et peut être administrée à haute dose, et pendant un temps très long, sans déterminer cette excitation plus ou moins grave que redoutent avec raison les médecins qui emploient les sulfureux.

L'eau de Sévigné, bien connue des anciens chanoines de l'abbaye de Livry, était exploitée avec succès jusqu'en 1789, époque de la destruction de l'abbaye. Mais ce n'est que dans ces dernières années que l'attention du monde scientifique a été dirigée sur le groupe minéral de Livry.

L'eau de la source Sévigné a été employée dans la plupart des établissements de l'Assistance publique, notamment à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu, à Lariboisière, à la Pitié, à l'hôpital Beaujon et à l'hôpital Laënnec. Elle a été employée avec succès à l'infirmerie de Saint-Lazare contre les affections cutanées et les accidents syphilitiques tertiaires.

L'eau de Sévigné présente donc une grande importance dans la thérapeutique; grâce à son heureuse minéralisation et à sa stabilité, elle doit être placée au premier rang parmi les médicaments qu'on peut opposer avec succès aux affections catarrhales, des bronches, du larynx et de la gorge, ainsi qu'aux diathèses scrofuleuses, herpétiques et syphilitiques.

D^r Dickson.

## BIBLIOTHÈQUE

**DES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES**, par le docteur Wasseige, professeur de la Faculté de médecine de Liège. — Paris, 1881; in-8°. Delahaye et Lecrosnier.

Cet ouvrage est un exposé fidèle des questions les plus importantes de l'art obstétrical. Il n'est en réalité que le cours professé avec succès par l'auteur à la Faculté de médecine de Liége. C'est donc un ouvrage d'instruction, dans lequel les opérations obstétricales sont décrites méthodiquement et qui sera aussi indispensable à l'étudiant qu'au praticien. En effet, la pratique de l'obstétrique exige des qualités d'initiative et de résolution qui sont le résultat d'une connaissance approfondie des auteurs et du manuel opératoire. — Les opérations d'exploration : toucher, palper, diagnostic de la grossesse simple ou gémellaire, de la position du placenta, de la présentation et des positions, la pelvimétrie, la cliséométrie, etc., font l'objet de la première partie. — Les opérations à faire avant l'accouchement forment la deuxième partie de cet ouvrage. Sous ce nom, l'auteur décrit la réduction de l'utérus gravide en rétroflexion ou en rétroversion; la dilatation artificielle du col, la pratique de l'accouchement prématuré, la réduction du cordon ombilical et la version obstétricale. Les opérations d'extraction du fœtus dans les différentes présentations, par les procédés de douceur ou de force; par l'embryotomie, font l'objet des troisième et quatrième parties.

Les opérations d'extraction du fœtus par les voies artificielles (opération césarienne, gastrotomie, elytrotomie, symphyséotomie), sont exposées avec détails dans la cinquième partie. Enfin, l'ouvrage se termine par l'étude des opérations consécutives à la sortie du fœtus, de la délivrance et de ses accidents, etc. Conçu au point de vue pratique, cet ouvrage possède donc un caractère absolument original.

Dans les conclusions relatives aux résultats de l'opération de Porro, l'auteur paraît très favorable à cette opération, et son opinion s'appuie aux statistiques empruntées au docteur Robert Harris (de Philadelphie). L'optimisme de l'auteur en faveur de cette opération paraît bien grand, étant donné l'époque récente de l'introduction de l'amputation utéro-ovarique dans la pratique obstétricale. D'ailleurs, l'emploi de la méthode antiseptique permettra, peut-être, d'augmenter les chances de succès dans les opérations obstétricales, et, par conséquent, profitera sans doute dans l'avenir à l'opération césarienne. La valeur comparative des statistiques anciennes et modernes est donc complétement modifiée, et, par conséquent, on peut encore réserver un jugement définitif sur cette dernière opération, et ne pas l'abandonner complétement.

En résumé, le traité du docteur Wasseige est un livre des plus utiles pour tous ceux qui

pratiquent l'obstétrique. Il est pour l'art des accouchements ce que les traités de médecine opératoire sont pour la clinique chirurgicale. De plus, écrit avec une précision et une clarté remarquables, appuyé sur l'expérience clinique de l'auteur, cet ouvrage expose l'état actuel de la science et réunit en un corps de doctrine des travaux remarquables qui sont disséminés dans les publications récentes. — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. J.-B. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, qui invite l'Académie de médecine à prendre part à la souscription ouverte dans le but d'offrir à M. Pasteur une médaille commémorative de ses beaux travaux, si utiles aux progrès de la science et au bien de l'humanité.

2° Des lettres de candidature de MM. Maximin Legrand et de Ranse pour la section des associés libres ; — de MM. Cadet de Gassicourt et Ch. Mauriac pour la section de pathologie médicale.

—

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Fort, une note intitulée : *Anévrysme spontané de l'artère carotide primitive gauche; ligature de l'artère; guérison.*

M. Dechambre présente, au nom de MM. Grasset et Amblar (de Montpellier), une brochure intitulée : *Étude expérimentale sur l'émétine et l'atropine.*

M. Alphonse Guérin offre en hommage l'article *Infection purulente*, qu'il a inséré dans le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

M. Brouardel présente en son nom et au nom de M. L'hôte une brochure intitulée : *Intoxication par le chlorate de potasse; mort de quatre enfants. Affaire de la supérieure de Saint-Saturnin du Port-d'Envaux. Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.*

M. Verneuil dépose sur le bureau, au nom de M. Desprès, de Saint-Quentin, l'observation à laquelle il a fait allusion en mettant sous les yeux de ses collègues la modification apportée par ce chirurgien à l'écraseur linéaire de Chassaignac.

—

M. Le Roy de Méricourt, à propos de la communication faite par M. Gautier dans la dernière séance, cite des chiffres desquels il résulte que l'on fait dans la marine une grande consommation de conserves de sardines, de viandes et de légumes, renfermés dans des boîtes soudées avec des alliages plombifères, et que, cependant, il n'est jamais résulté de cette consommation aucun accident sérieux. Donc, tout en s'associant aux conclusions du travail de M. Gautier relativement aux précautions à prendre, M. Le Roy de Méricourt voudrait que l'on ne s'exagérât pas les inconvénients signalés par M. Gautier.

M. Gautier répond qu'il n'a jamais dit qu'il fallait renoncer au procédé Appert pour la conservation des substances alimentaires; il a voulu seulement attirer l'attention sur la possibilité des inconvénients et des dangers de l'emploi, pour les usages culinaires, des vases et ustensiles contenant du plomb, lequel était susceptible d'être ainsi introduit dans l'économie et d'y produire, même à petites doses, par la continuité de son absorption, des accidents plus ou moins sérieux.

—

M. Marrotte donne lecture d'une observation de crises bulbaires, à forme épileptique, de nature tabétique.

L'intérêt de cette observation réside dans la nouveauté du fait qui semble prouver que le nombre des formes diverses établies dans l'ataxie locomotrice progressive depuis sa constitution n'est pas épuisé, et qu'indépendamment des crises gastriques, néphrétiques, vésicales, laryngées, etc., il existe des crises bulbaires à forme épileptique, de nature tabétique. C'est ce que tend à démontrer l'observation dont M. Marrotte a donné lecture à l'Académie.

—

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) lit un rapport intitulé : *Instructions sur les mesures et précautions à prendre, et sur les soins à donner aux ouvriers, lorsque des travaux s'exécutent sur des terrains marécageux ou dans des alluvions maritimes de formation récente.*

M. Colin termine par les conclusions suivantes :

*A.* A l'égard des ouvriers en général :

1° Embauchage d'individus robustes, indemnes d'affections palustres antérieures, et autant que possible garantis par une certaine assuétude aux localités suspectes d'impaludisme.

2° Suspension des travaux pendant les mois de juillet, août et septembre sur les points d'une latitude plus méridionale que Bordeaux ; du 15 juillet au 15 septembre plus au nord.

3° Installation des ouvriers pendant la nuit dans les centres de population voisins des chantiers, ou dans des baraques bien closes.

4° Allumage, matin et soir, de grands feux, au voisinage des chantiers.

5° Augmentation de la résistance individuelle par l'interdiction du travail à jeun, par l'usage de boissons toniques et d'eau de bonne qualité; par une alimentation substantielle, par l'emploi de vêtements de flanelle.

*B.* A l'égard des malades :

6° Envoi immédiat de tout malade à l'hôpital le plus voisin.

7° Surveillance spéciale des sortants de l'hôpital, au point de vue des vêtements, de l'alimentation et de la continuation, pendant quelques semaines, de la médication spécifique.

*C.* A l'égard du sol :

8° Utilisation de toutes les opérations de remblais et de déblais, et, en général, de tous les travaux pour le nivellement du sol, pour son drainage et son amendement.

9° Ensemencement et culture intensive variable, suivant la latitude et les conditions géologiques, des terrains nouvellement remués.

—

M. Le Dentu lit un travail ayant pour titre : *Fistule urinaire de l'aine gauche, consécutive à l'incision d'une volumineuse hydronéphrose; extirpation du rein correspondant; guérison.*

En mars 1875, M. Le Dentu fut appelé auprès d'un homme de 32 ans atteint d'une tumeur fluctuante du flanc et de la fosse iliaque du côté gauche. Hydronéphrose et abcès périnéphrétique. Les vives souffrances du malade le déterminèrent à inciser la tumeur sur son point le plus mou ; il s'en échappa un liquide clair qui se mélangea bientôt de sang.

Au bout de quelques jours, l'urine commença à couler abondamment par la plaie. Cet écoulement persistant et provoquant fréquemment des poussées inflammatoires, la vie étant menacée, M. Le Dentu proposa l'extirpation du rein correspondant.

L'opération fut faite le 14 avril; la décortication fut facile, le rein était dégénéré dans les deux tiers supérieurs, converti en une poche à parois flasques, normal dans son tiers inférieur ; le hile était volumineux.

Le chirurgien l'entoura d'un premier fil de catgut qui glissa sur la portion saine du rein ; un second fil fut placé convenablement au moyen d'une grande aiguille de Cowper et serré avec des pinces. Il excisa avec des ciseaux tout ce qui dépassait les deux ligatures, laissant une sorte de moignon.

Pansement de Lister pendant quelques jours jusqu'à l'élimination des parties mortifiées par les ligatures et par le thermo-cautère. Faiblesse très grande; pouls entre 120 et 145, température entre 38 et 39,5.

La plaie lombaire marche régulièrement vers la cicatrisation; celle-ci est complète au bout de deux mois; la fistule inguinale que M. Le Dentu avait débridée et élargie avec le galvanocautère, suppura abondamment pendant une quinzaine de jours; mais, dès le premier jour, tout écoulement d'urine avait été entièrement supprimé. Sous ce rapport, la guérison a été complète d'emblée. Actuellement le trajet fistuleux dans lequel M. Le Dentu a maintenu un tube à drainage, ne fournit plus que quelques gouttes de sérosité purulente ; les fonctions urinaires sont parfaites, et l'opéré, qui est un artiste dramatique distingué, a pu faire une brillante rentrée au commencement d'octobre.

La première néphrectomie qui ait été faite en France a été pratiquée par M. Le Fort, elle n'a pas été suivie de succès. L'opération de M. Le Dentu est donc le premier cas de guérison de néphrectomie dans notre pays (Comm. MM. Richet et Verneuil).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

## FORMULAIRE

### Traitement de l'ulcère des fosses nasales. — Spillmann.

Le traitement local consiste en injections de liquides émollients, puis astringents (alun, tannin, ratanhia, acétate de plomb, etc.) puis caustiques (solutions de nitrate d'argent, de

sublimé, de chlorure de calcium). Ces injections doivent être abondantes et fortement poussées, d'après la méthode de Weber, afin qu'elles baignent la totalité des fosses nasales. — On peut leur substituer des inhalations de liquides pulvérisés, faites avec des instruments analogues à ceux que l'on emploie pour le pharynx et le larynx. — Les fumigations avec des vapeurs émollientes, puis légèrement excitantes, quelquefois avec des vapeurs chargées dans une proportion variable de goudron, de teinture d'iode, de nitrate d'argent ou d'eau sulfureuse, peuvent modifier favorablement la surface des ulcères des fosses nasales. — Enfin, on peut recourir à des attouchements directs de l'ulcère avec des pinceaux trempés dans une solution forte de nitrate d'argent, de teinture d'iode, de perchlorure de fer, ou bien avec des crayons de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre. — S'il existe des os nécrosés, il y a lieu de les extraire, dès qu'ils sont complétement mobiles. — Le traitement général doit varier avec la cause de la maladie; il sera donc, suivant les cas, antisyphilitique, antiscrofuleux, antiherpétique, etc. — N. G.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 4 au 10 novembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,037. — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 9. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 53. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 3. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchites aiguës, 32. — Pneumonie, 92. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 57; au sein et mixte, 28; inconnu, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; circulatoire, 79; respiratoire, 80 ; digestif, 49 ; génito-urinaire, 15; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 45e semaine. — Voilà environ trois mois que la mortalité de la Ville de Paris semble stationnaire et qu'elle oscille entre 851 et 1,037 décès par semaine, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la succession suivante des décès de chaque semaine depuis la mi-août : 1,024 — 995 — 1,015 — 938 — 935 — 947 — 851 — 862 — 1,001 — 920 — 1,034 — 960 — 1,037. Pourtant, à mesure que la saison va nous éloigner des douceurs de l'automne pour nous rapprocher de l'hiver, nous allons certainement rencontrer des nombres croissants de décès. Peut-être que le chiffre de cette semaine : 1,037 décès, le plus gros contingent mortuaire depuis trois mois, est-il le commencement de ce croît fatal; mais il est si faible qu'on ne saurait rien présumer. On constate d'ailleurs combien il y a d'hésitations, de tâtonnements dans ce mouvement de hausse.

Au point de vue de l'analyse des causes de mort, les oscillations ne sont pas moindres : la fièvre Typhoïde successivement croissante et décroissante ne présente plus en cette 45e semaine que 28 décès; et la Variole se maintient à de faibles contingents (9 décès), tandis que la Diphthérie, toujours redoutable, s'est encore notablement aggravée cette semaine avec 53 décès, un des plus hauts chiffres de cette année. Son principal centre d'activité reste encore dans le quartier *Montparnasse* (rue Delambre) où elle a déterminé 5 décès. On se souvient que ce quartier a été déjà signalé dans notre dernier Bulletin pour 6 décès. Mais les mesures prises par l'administration permettent d'espérer la dispersion et sans doute l'extinction de ce foyer. Cependant le quartier *Necker* (contigu à *Montparnasse*), *la Roquette* et *Bonne-Nouvelle* comptent aussi chacun 3 décès par Diphthérie, et semblent constituer à leur tour de petits foyers à surveiller.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

## COURRIER

Les crocodiles du Jardin des Plantes. — On se souvient sans doute des dix crocodiles envoyés à M. P. Bert et placés en villégiature au Jardin des Plantes, en attendant les expériences auxquelles ils devaient servir à l'amphithéâtre de la Sorbonne.

Ces expériences ont eu lieu. Cinq de ces animaux ont été disséqués; M. P. Bert a examiné leurs organes respiratoires et leur système nerveux; la masse encéphalique étant insignifiante chez les crocodiles, on peut en conclure qu'ils sont dénués d'intelligence.

Une surprise était réservée aux aides du professeur, celle de manger du crocodile, mets excellent, un peu musqué et ayant, paraît-il, quelque ressemblance avec le saumon.

La partie la plus délicate est la queue, comme dans le homard et la langouste. C'est elle que M. P. Bert a offerte à ses aides, qui regrettent, assure-t-on, de n'avoir pas tous les jours pareil morceau à se mettre sous la dent.

Cinq crocodiles vivent encore au Jardin des Plantes. Ils sont toujours engourdis et n'ont pris encore aucune nourriture. On a retrouvé dans les intestins de leurs compagnons disséqués une certaine quantité de poissons absolument intacts, appartenant aux espèces qu'on trouve dans les marais du Nil.

A l'Asile Sainte-Anne. — L'année dernière, le conseil général de la Seine avait émis le vœu qu'un laboratoire de photographie destiné à consigner d'une manière irrécusable les résultats anatomiques, fut installé à l'asile Sainte-Anne.

Le bureau d'admission de cet asile reçoit en effet, dans le courant de l'année, 2,500 à 3,000 malades présentant non-seulement toutes les formes mentales, mais encore les dégénérescences physiques et intellectuelles les plus nombreuses et les plus variées. Des notes sont recueillies sur tous ces cas ; mais à l'observation écrite, il est bon de pouvoir ajouter la démonstration plus palpable que donne la photographie.

Nous apprenons qu'un projet a été élaboré pour l'exécution de ce laboratoire ; les plans et devis ont été dressés et soumis à la commission de surveillance, qui a émis un avis favorable à l'exécution des travaux, mais à la condition que les photographies des malades soient tirées en nombre strictement nécessaire à l'étude des maladies mentales, qu'elles restent la propriété de l'asile et ne soient, sous aucun prétexte, communiquées au dehors.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur A. Fournier reprendra ce cours le vendredi 18 novembre 1881, à 9 heures 1/2, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Vendredi, leçon à l'amphithéâtre; mardi, leçon au lit des malades.

Clinique des maladies des femmes a l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 19 novembre 1881, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault.

Les jeudis, consultation avec examen au spéculum.

*Clinique gynécologique et syphiligraphique de l'hôpital de Lourcine.* — M. le docteur L. Martineau reprendra son cours le *mercredi* 23 *novembre, à neuf heures,* et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

*Ordre des travaux :* Le *semestre d'hiver* sera consacré aux conférences cliniques pendant la visite des malades. Leçons à l'amphithéâtre après l'examen des malades, pendant le *semestre d'été*

Le *mardi*, consultation et traitement externe à neuf heures.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Auguste Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 20 novembre 1881, dans le nouvel amphithéâtre, à 9 heures 1/2, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Lailler commencera ses conférences cliniques sur les maladies de la peau le vendredi 18 novembre, à 9 heures précises, et les continuera tous les vendredis, à la même heure. (Salle Sainte-Foy et pavillon Saint-Mathieu.)

— M. le docteur Thevenot recommencera son cours public d'accouchement, le lundi 21 novembre, à 5 heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants. *Manœuvres obstétricales*, 172, boulevard Saint-Germain.

## Boîte aux Lettres

L'écraseur linéaire modifié par M. Desprès, de Saint-Quentin, dont il a été question dans une récente discussion de l'Académie de médecine, se trouve chez Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

**Hôtel-Dieu. — M. le professeur RICHET.**

## SECTION DE L'ARTÈRE ET DU NERF CUBITAL PAR UN COUP DE COUTEAU; DE LA SENSIBILITÉ RÉCURRENTE PÉRIPHÉRIQUE.

Leçon recueillie par le docteur Bazy, chef de clinique chirurgicale.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

Dans ma dernière leçon, je vous ai parlé d'un malade qui avait eu le nerf cubital sectionné; à ce sujet, j'ai discuté la question de la suture des nerfs, et je vous ai donné les raisons qui militent contre son opportunité. Je veux aujourd'hui compléter cette question des sections nerveuses au point de vue physiologique en traitant de la sensibilité récurrente périphérique, qu'on doit soigneusement distinguer, comme vous le verrez, de la sensibilité récurrente centrale appartenant aux paires rachidiennes.

Tout d'abord, je dois vous rappeler un fait accepté par tout le monde, à savoir que quand un nerf mixte est coupé ou interrompu ou lésé dans sa continuité, les manifestations de l'activité nerveuse disparaissent dans toutes les parties innervées par les branches émanant de ce nerf au-dessous de la section.

Supposons, par exemple, une division du nerf sciatique, à sa sortie du bassin, là précisément où on pratique la névrotomie dans les cas de sciatique rebelle. Immédiatement après la section, la sensibilité et la motilité sont suspendues dans toutes les parties auxquelles il se distribue.

Dans les nerfs de la face, la question est plus complexe, parce que le mélange des fibres motrices et sensitives n'est pas soumis à des règles aussi fixes, aussi précises que pour les nerfs des membres. Néanmoins, chacun sait que la section ou simplement l'attrition et la compression du nerf dentaire inférieur, entraîne infailliblement la paralysie du sentiment dans toutes les régions auxquelles il se distribue; il y a même ceci de très caractéristique, c'est que la sensibilité de la lèvre inférieure disparaît absolument, du côté où le nerf a été lésé, presque sur la ligne médiane, de sorte qu'on peut implanter des épingles dans cette lèvre, comme dans une pelote, sans que le blessé témoigne la moindre douleur; mais si l'on dépasse

---

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Pourquoi vous en défendre, mes bien-aimés lecteurs, et c'est un peu pour cela que je vous porte si chaudement dans mon cœur : vous ne m'en voulez pas trop d'évoquer de temps à autre vos souvenirs littéraires et ces heureux temps où vous pouviez mêler la lecture de quelques chapitres de pathologie avec quelques pages de nos classiques ou des auteurs en vogue. Si j'en juge par moi-même, ce doit être pour vous un plaisir ineffable lorsque se présente à votre mémoire quelque beau morceau de prose ou quelque charmante pièce de vers que vous récitiez au collège, ou dans les premiers temps de vos études médicales. J'ai éprouvé ce plaisir il y a quelque temps. J'assistais à un repas de noce de la demoiselle d'une famille amie, lorsque, tous les convives ayant payé leur écot en épithalames, en chansons de circonstance et en contes de toute façon, les convives vers moi se tournèrent, et, malgré une longue et vive résistance, me forcèrent, pauvre névropathe et malheureux anorexique, à leur dire quelque chose. Mais quoi! chanter? Autrefois je ne m'en tirais pas trop mal, et ma petite voix de baryton aigu faisait quelque plaisir; mais à mon âge, et la denture absente, c'eût été s'exposer au ridicule.

Je cherchais et fouillais dans mes circonvolutions et dans mes cellules cérébrales, quand un de mes voisins de table prononce ces mots : *sans souci*. Et ne voilà-t-il pas que le charmant conte d'Andrieux qui porte ce titre me revient à la mémoire, s'impose à mes organes vocaux et que, d'un bout à l'autre, je peux le dire sans lapsus, sans défaillance, et à la grande satis-

d'un vingtième seulement de millimètre la ligne médiane dans cette implantation, le malade fait un bond significatif attestant que l'anesthésie n'existe pas du côté opposé.

Or, ce fait indiscutable, constaté au membre inférieur, à la face et ailleurs, personne ne le mettait en doute pour les nerfs du membre supérieur, de telle sorte qu'après la section du médian, par exemple, on croyait à l'abolition du mouvement et du sentiment dans toutes les parties auxquelles il se distribue. En voulez-vous la preuve?

En 1866, Laugier présente à l'Académie des sciences un malade auquel il avait pratiqué la suture du nerf médian, coupé dans la matinée, et qui le soir même avait, disait-il, recouvré la sensibilité. Il donna même ce cas, remarquez bien ceci, comme un exemple de l'utilité de la suture des nerfs pour le rétablissement rapide de la sensibilité. Le fait parut tellement extraordinaire que beaucoup se refusèrent à l'accepter et n'admirent pas que le simple rapprochement des extrémités nerveuses pût ainsi suffire à rétablir le courant nerveux.

M. Vulpian, qui vit le malade, émit l'hypothèse qu'il existait certainement une anomalie, et que les parties normalement innervées par le médian l'étaient, dans l'espèce, par des branches soit du nerf radial, soit du nerf cubital, ou même des branches du médian nées au-dessus de la section et y ayant échappé.

La question en était là quand, au mois de novembre 1867, une femme entra dans mon service avec une section du nerf médian. J'avais beaucoup réfléchi sur le cas de Laugier, et, très étonné que le courant nerveux pût se rétablir aussi vite entre deux tronçons de nerf simplement rapprochés, je m'étais demandé s'il n'y avait pas là une erreur d'observation, et si la sensibilité n'existait pas *avant* la suture, dans les points où on la constatait *après* cette opération; je m'étais demandé, en un mot, si la sensibilité était réellement abolie par le fait de la section. Aussi, avant de faire la suture, comme l'exemple de Laugier semblait m'y inviter, j'explorai d'abord avec beaucoup de précaution la sensibilité du bout inférieur du nerf coupé, et, à ma grande surprise, je le trouvai sensible, très sensible même. Je ne touchais cependant que lui et nullement la plaie. A plusieurs reprises, je répétai l'expérience devant un certain nombre de mes collègues et toujours avec le même résultat; j'explorai ensuite la sensibilité au chatouillement, à la douleur, à la température dans le pouce, l'index, le médius, et je la trouvai sinon intacte, du moins

---

faction de mon auditoire, qui n'était pas composé, il est vrai, de membres de l'Académie française!

Il y avait peut-être bien un demi-siècle que je n'avais dit ce conte. Comment, après un aussi long silence, s'est-il retrouvé frais et vivant dans l'organe cérébral, alors que j'oublie, le soir, la place où j'ai posé un livre le matin? Mystère! Mémoire rétrospective, comme vue rétrospective des vieillards.

*
* *

Mais ce diable de *Sans-Souci* m'a éloigné de ce que je disais en commençant, à savoir que je vois sans déplaisir, vous pouvez le croire, que mes petites évocations littéraires sont non-seulement acceptées par mes lecteurs, mais même en font naître de semblables chez quelques-uns.

Voici, en effet, ce que m'écrit un de mes plus aimables et distingués confrères, collaborateurs et amis :

Bellevue, 12 novembre 1881.

Cher confrère,

Dans votre........ *Causerie* d'aujourd'hui, le joli rondeau de maître Adam, menuisier de Nevers, me remet en mémoire une pièce du même genre précisément adressée à Benserade que, d'accord avec Voltaire, vous placez si justement au-dessous du poète-menuisier.

Dans ce morceau que je ne puis citer que de mémoire, car il sommeillait dans mes cellules cérébrales depuis le temps hélas! bien lointain, qui me sépare de mes études classiques, et qui ne s'est réveillé qu'aujourd'hui, par un effet réflexe inattendu, à la lecture de votre *Causerie*, dans ce morceau, dis-je, l'auteur, dont je ne puis malheureusement me rappeler le nom, raille

conservée d'une manière incontestable. (Voir, pour plus de détails, la thèse inaugurale de M. Charles Richet, professeur agrégé à la Faculté, *Sur la sensibilité*.)

Le lendemain, en présence de MM. Pajot et Denonvilliers, de M. Michel, de Strasbourg, qui se trouvait le même jour à la visite, et aussi en présence de tous les élèves du service, je renouvelai ces diverses expériences, et tous nous pûmes constater cette vive sensibilité du bout inférieur et la persistance de la sensibilité tactile dans les parties innervées par le médian. Je dois dire que ce fait patent excita la surprise chez tous et provoqua l'incrédulité chez quelques-uns, qui crurent devoir l'expliquer par une anomalie dans la distribution du nerf. Néanmoins, et malgré ces critiques, je fis sur ce sujet deux leçons qui ont été publiées dans l'UNION MÉDICALE de novembre de cette année 1867, et qui démontrent que, par moi, le fait de la sensibilité récurrente était désormais acquis à la science. Je crus devoir pratiquer la suture du nerf; je la fis trois jours après, mais elle ne tint pas : le fil déchira les tractus celluleux qui unissent les filets nerveux.

Je conservai cette malade pendant longtemps dans mon service : nous pûmes l'observer longuement et nous vîmes sous nos yeux les muscles de l'éminence thénar, qui d'abord avaient notablement diminué de volume et s'étaient un peu aplatis, reprendre leur force et leur volume primitifs.

Depuis cette époque, plusieurs expérimentateurs ont constaté l'existence de cette sensibilité récurrente périphérique, comme je l'avais déjà dénommée à ce moment; pour mon compte, je l'ai observée cinq fois depuis. Ces faits, suffisamment nombreux maintenant, n'ont fait que corroborer mon opinion première, aujourd'hui admise sans conteste par tous.

Cependant, déjà en 1867, la sensibilité récurrente avait été constatée. Magendie, après avoir démontré que les racines antérieures des paires rachidiennes étaient motrices et les postérieures sensitives, s'aperçut que parfois les racines antérieures pouvaient aussi être sensibles. Il devint alors hésitant et commençait à douter de sa découverte (car c'est lui qui a, le premier, démontré cette propriété des racines, et non Ch. Bell, dont les expériences n'ont pas toute la rigueur suffisante), il doutait, dis-je, de sa découverte, quand Longet vint la continuer, la corroborer, la compléter. Longet, en effet, démontra péremptoirement cette propriété spéciale des racines antérieures et postérieures; il prouva de même que, si les racines antérieures étaient sensibles, leur sensibilité n'était qu'une sensibilité d'emprunt et qu'elle provenait des racines postérieures. Si, en effet, on la constate sur les racines

---

avec esprit et malice le style précieux et prétentieux de Benserade. Voici ce rondeau dont je crois pouvoir, à quelques mots près, garantir la fidèle reproduction :

A la fontaine où s'enivrent Boileau,
Le grand Corneille et le sacré troupeau
De ces auteurs que l'on *n'imite* guère,
Un bon auteur doit boire à pleine aiguière,
S'il veut *tourner avec art un* rondeau.
Quoique j'en boive aussi peu qu'un moineau,
Cher Benserade, il faut te satisfaire;
T'en écrire un, *ah!* c'est porter de l'eau
A la fontaine.

De tes *écrits* un livre tout nouveau
A bien des gens n'a pas eu l'heur de plaire,
Mais quant à moi j'en trouve tout fort beau,
Papier, dorure, images, caractères.....
Hormis les vers qu'il fallait laisser faire
A La Fontaine.

*In caûdâ venenum*, comme de juste.

Je ne sais si vous trouverez ce rondeau assez bon pour l'insérer dans votre *Causerie* de samedi prochain.

Recevez, etc.

D^r A. TARTIVEL.

*
**

antérieures, quand les postérieures sont intactes, elle disparaît totalement, quand celles-ci sont coupées. De plus, les racines postérieures étant intactes, et les racines antérieures coupées, c'est le bout périphérique et non le bout central de ces dernières qui est sensible. Cette sensibilité provient donc, suivant Longet, de fibres récurrentes se portant des racines postérieures aux antérieures, à leur sortie des trous de conjugaison. Aussi Longet la dénomma-t-il *sensibilité récurrente.*

Cl. Bernard, étudiant plus tard la sensibilité récurrente, démontra que cette récurrence des filets sensitifs s'étendait plus loin que ne le croyait Longet, et qu'elle se faisait, non-seulement au voisinage de la moelle, mais aussi par des anastomoses plus éloignées.

Ainsi, suivant lui, quand on sectionne le nerf de la septième paire, en deçà de ses anastomoses avec les filets de la cinquième, on constate très nettement que son bout périphérique est sensible.

Voilà tout ce qu'on savait de la sensibilité récurrente. Personne ne se doutait que ce qui existait pour les racines antérieures et postérieures, et pour le tronc du facial, existait pour les nerfs périphériques du membre supérieur. Or, c'est là le fait que j'ai démontré, et péremptoirement démontré, pour les nerfs de la main. Les trois nerfs radial, médian et cubital s'anastomosent, se suppléent; il en résulte ce phénomène curieux et insolite que j'ai dénommé sensibilité récurrente périphérique, par opposition à la sensibilité récurrente centrale découverte par Magendie, et surtout par Longet. Du reste, ceux d'entre vous qui voudront étudier à fond cette question la trouveront parfaitement présentée dans deux thèses inaugurales fort bien faites : l'une, sur la *sensibilité récurrente aux doigts et à la main*, par l'un de mes anciens internes, M. Filhol; l'autre, sur la *sensibilité en général*, par M. Ch. Richet, professeur agrégé à la Faculté.

Comment se fait ce retour ou mieux cette conservation de la sensibilité ? J'avoue qu'au moment où je fis mes premières leçons sur ce sujet en 1867, je n'en avais pas encore très bien saisi le mécanisme. Pour éclaircir divers points obscurs, j'en conférai avec M. Ch. Robin ; nous fîmes plusieurs préparations qui nous démontrèrent de nouveau ce qu'on avait déjà vu auparavant, mais sans y attacher d'importance, à savoir qu'il existe dans la main des anastomoses en arcade entre les différentes branches des nerfs médian, radial et cubital, et que ces anastomoses existent aussi sur la pulpe des doigts, de sorte que quand un de ces nerfs est sectionné, l'influx nerveux lui revient par une voie collatérale.

---

J'ai été assez heureux pour retrouver le texte authentique de ce rondeau dans une notice consacrée à Benserade dans le *Dictionnaire de la conversation*, par notre célèbre académicien M. J. Sandeau.

Or, M. Tartivel peut se féliciter de la fidélité de sa mémoire. J'ai indiqué en *italiques* les expressions qui diffèrent de celles de M. Sandeau, et l'on voit qu'il n'y a pas une seule faute de sens. Ainsi, il faut lire comme suit le troisième vers ;

De ces auteurs que l'on ne trouve guère.

Au lieu :

S'il veut tourner avec art un rondeau.

Lisez :

S'il veut donner un bon tour au rondeau.

Au lieu de :

. . . . . . . . . . Il faut te satisfaire,

Lisez :

. . . . . . . . . . Il te faut satisfaire ;

Au lieu de :

De tes écrits un livre tout nouveau

Lisez :

De tes refrains, etc.

En vérité, les deux textes se valent, et je ne sais lequel je préfèrerais.

Mais quel est donc l'auteur de ce piquant rondeau? Je l'ai su, seulement son nom n'est pas

Cette sensibilité récurrente, j'avais eu l'occasion de la constater dans plusieurs cas de section du nerf médian et du nerf radial, mais je ne l'avais pas encore observée pour le nerf cubital. Aussi tenais-je beaucoup à ne pas laisser passer ce fait sans vous en parler.

Un dernier mot avant de terminer. Pourquoi cette sensibilité récurrente qu'on observe au membre supérieur, n'existe-t-elle pas au membre inférieur? Pourquoi, par exemple, quand on coupe le sciatique, la sensibilité est-elle totalement abolie dans les points où il se distribue, et ne reparaît-elle que deux ou trois mois après la section, quand elle reparaît, tandis qu'elle est conservée à la main et peut être immédiatement constatée sur le territoire du médian, du radial ou du cubital?

C'est que, Messieurs, la main est l'organe du tact, elle a des fonctions d'une importance bien autrement élevée que celles dévolues au pied. Aussi trouvons-nous à la main, cet organe dont le volume est cependant beaucoup moindre que celui du pied, trois gros nerfs, destinés au fonctionnement de cette sensibilité spéciale qui constitue le toucher, trois nerfs qui, grâce à leurs anastomoses si nombreuses et plexiformes, assurent, unifient, fondent en une seule sensibilité les sensibilités différentes que lui apporte chacun de ces troncs. Les nerfs sont donc destinés à se suppléer l'un l'autre, organisation admirable qui assure le fonctionnement régulier de l'organe du tact, comme les riches anastomoses qu'on voit entre les différentes artères de la main maintiennent l'intégrité de la circulation quand une des branches principales vient à faire défaut.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### DE LA RÈGLEMENTATION OFFICIELLE DE LA PROFESSION DE DENTISTE,

Par M. le docteur Th. David.

(Société de médecine pratique, séance du 20 octobre 1881.)

Messieurs,

Il se fait depuis quelque temps une assez grande agitation autour de la profession de dentiste qui, devenue libre par une regrettable omission de la loi, se trouve livrée à toutes les incertitudes et à tous les dangers que peut entraîner l'absence de garanties scientifique et légale. On voudrait lui rendre dans la hiérarchie des professions savantes le rang et la place qu'elle a perdus. Cette question me paraît toucher de trop près aux choses de la médecine

---

resté dans mon cerveau, et J. Sandeau, oubli regrettable, ne l'a pas donné. Je me suis alors adressé à un jeune ami à moi, candidat à la licence ès lettres et à l'École normale, qui m'a d'abord indiqué, mais timidement, Mme Deshoulières. Je n'avais pas grande confiance en cette indication, et j'avais raison, car mon jeune ami a eu la bonté de m'envoyer un télégramme rectificatif portant ce nom : Chapelle.

***

Va donc pour Chapelle, cet aimable auteur du Voyage fait en collaboration avec Bachaumont; poëte, — Chapelle, — un peu, d'autres disent beaucoup, ivrogne qui était de ce fameux souper d'Auteuil où les convives, après avoir bien bu, se mirent à moraliser sur les misères de la vie, et résolurent d'aller chercher le repos au fond de la rivière, résolution qu'ils voulaient exécuter au moment même, mais dont Molière, qui n'avait bu que du lait, les détourna en leur représentant que le grand jour devait éclairer une si belle action.

La vie très accidentée de Chapelle a fourni le sujet de beaucoup d'anecdotes. Permettez-moi de vous citer celle-ci, racontée par Augier de l'Académie française.

Boileau entreprit de guérir Chapelle de son penchant à l'ivrognerie, et le rencontrant un jour dans la rue, il commençait à lui faire de sérieux reproches : « J'ai résolu de me corriger, dit Chapelle; je sens la force de tes raisons; pour achever de me persuader, entrons ici, tu me parleras plus à ton aise. » Il le fait entrer dans un cabaret, demande une bouteille de vin, qui est bientôt suivie d'une autre, et voilà Boileau qui, toujours prêchant et toujours buvant, devient ivre lui-même.

Cette piquante scène n'a-t-elle pas été mise au théâtre?

Je cherchais à vous distraire par un peu de poésie et le souvenir se présentait à moi d'un

pour que notre Société puisse y rester indifférente. C'est à ce titre que je vous demande la permission de vous en exposer l'état actuel, de vous soumettre les différentes solutions qui ont été proposées et, enfin, de prendre votre avis éclairé.

Au siècle dernier, nul ne pouvait légalement exercer en France l'art dentaire sans avoir été reçu *expert-dentiste*. Ce titre, quelle qu'en fût la valeur, était une garantie pour le public et une sauvegarde pour la dignité de la profession. Aussi, dès cette époque, l'art dentaire était-il exercé par des praticiens éclairés dont un certain nombre honorèrent non-seulement leur art, mais, j'ose le dire, la médecine elle-même. Les noms de Fauchard, Bourdet, Bunon, Jourdain, Duval... figurent avec honneur dans la liste des médecins célèbres du XVIII^e^ siècle.

La Révolution, qui trouva tant à réformer, réglementa l'exercice de la médecine par la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), la même qui nous régit encore aujourd'hui, et dont voici les articles essentiels :

« ARTICLE PREMIER. — A compter du 1^er^ vendémiaire de l'an XI, nul ne pourra embrasser « la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu « comme il sera prescrit par la présente loi.

« ART. 2. — Tous ceux qui obtiendront, à partir du commencement de l'an XII, le droit « d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de *docteurs* en médecine ou en chirurgie, lors- « qu'ils auront été examinés et reçus dans l'une des six Écoles spéciales de médecine, ou « celui d'*officiers de santé*, quand ils seront reçus par les jurys dont il sera parlé aux articles « suivants. »

N'ayant point parlé de l'art dentaire, le législateur n'eut certainement pas l'intention de le séparer de la médecine, pas plus qu'il n'en a voulu distraire l'oculistique, la gynécologie, ou toute autre branche, qui ne se trouvent point non plus désignées dans ce texte. C'est d'ailleurs l'opinion de beaucoup de légistes : Coffinières, Paillet, etc., et de la plupart des autorités médicales (1).

Ce silence absolu laissa toutefois naître, au sujet de l'odontologie, un certain doute qui, habilement exploité par les intéressés, et malheureusement respecté par les tribunaux, permit aux dentistes de s'affranchir de toutes formalités d'études et de grades. Cet état de choses, toléré d'abord, consacré ensuite par l'usage, finit par recevoir une sorte de reconnaissance légale en 1827. A propos d'un procès intenté à une dame qui exerçait la profession de dentiste, il fut jugé, par arrêt de la Cour de cassation (23 février 1827), que l'exercice de l'art du dentiste n'était assujetti à l'obtention d'aucun diplôme, certificat ou lettre de réception. Cette jurisprudence fut plus tard confirmée par un autre arrêt de la même Cour (15 mai 1846).

Dès lors, liberté absolue de la profession de dentiste, sans exigence d'aucun diplôme, d'au-

(1) Guerrier, avocat, *in* UNION MÉDICALE, 28 mars 1871.

---

petit poëme charmant de Voltaire dans lequel le grand poëte, s'adressant à Sylva, médecin célèbre de l'autre siècle, décrivait presque techniquement le phénomène de la digestion :

...... Sylva, dis-moi par quel secret mystère
Ce pain, etc.

Impossible de le retrouver (récompense honnête à qui me l'enverra). Mais voilà qu'en feuilletant un de mes recueils, je tombe, — hasard étrange ! — sur un autre petit poëme médical intitulé : *Phénomène de l'hématose.* Je n'affirme pas que cette poésie vaille celle de Voltaire, ni qu'elle puisse lui être comparée. Jugez-en :

Lorsque le sang, chassé par de puissants ressorts,
Du cœur de l'homme a jailli comme l'onde,
Il va roulant sa pourpre vagabonde
Par les mille canaux qui sillonnent le corps.
De toute part, il anime, il féconde,
Donne aux pieds la vigueur et la splendeur aux yeux
Et du cerveau, caché sous une voûte ronde,
Fait sortir la pensée en éclairs radieux ;
Puis lorsqu'il sent mourir sa chaleur souveraine
Et qu'il rentre aux poumons, noir, sans force et malsain,
L'air, le grand air de sa vivante haleine,
Comme le vieil Eson, le rajeunit soudain,
Et tout renouvelé par l'élément divin,
Riche de sève et fort de nourriture,
Voilà qu'il redescend dans l'édifice humain,

cune garantie autre que la patente. Aussi cette profession n'est-elle plus exercée que par les premiers venus ou bien par des déclassés qui y cherchent un refuge honorable contre les coups de la fortune. Nous devons reconnaître cependant, pour être juste, que, dans ces conditions même, il s'est produit quelques individualités parfois très recommandables.

Actuellement, en France, le nombre de praticiens dentistes est considérable. Mais, parmi eux, un bien petit nombre possèdent des titres réguliers. Si nous nous reportons à l'*Annuaire général des dentistes* de 1881, publié sous le patronage de la Chambre syndicale odontologique de France, nous trouvons seulement 10 docteurs en médecine et 12 officiers de santé. Quelques-uns ont un titre étranger, mais la plupart n'en possèdent aucun sérieusement acquis, malgré le soin qu'ils prennent d'étaler des diplômes achetés à l'étranger ou de s'en attribuer de purement imaginaires. Un récent procès n'a-t-il même pas révélé ce procédé fort ingénieux d'un de nos plus célèbres dentistes qui décore les murs de son cabinet avec des diplômes obtenus par un de ses parents et homonyme praticien à l'étranger? Ainsi donc, à part quelques rares exceptions, la plupart des dentistes exercent sans aucun titre sérieux, et n'offrent aucune garantie au public. Ce sont des commerçants qui fondent ou achètent un cabinet et l'exploitent par les voies et moyens de la réclame.

Mais savez-vous ce que peut faire ce premier venu, ce dentiste improvisé? Il peut :

1° Exécuter toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche, le voisinage ou ses dépendances;

2° Employer, dans sa thérapeutique, tous les médicaments, caustiques, poisons qu'il juge convenables;

3° Pratiquer l'anesthésie générale (*Insensibilisateurs !*).

Aussi que d'accidents, que de complications à mettre sur le compte de cette pratique ignorante !

Cet état de choses a depuis longtemps préoccupé quelques esprits et principalement les praticiens dentistes qui, munis de diplômes en médecine légitimement acquis, auraient désiré ne rencontrer dans leur profession que des égaux et des confrères. Leur appel incessant a fini par être entendu. A leur instigation, le ministère de l'instruction publique a pris l'initiative d'un projet de loi qu'il vient de soumettre à l'approbation de l'Ecole de médecine.

Voici l'énoncé de ce projet :

Article premier. — A partir du 1er janvier 188 , nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de chirurgien dentiste, s'il n'est pourvu du diplôme spécial de chirurgien-dentiste.

Art. 2. — Pour obtenir le diplôme de chirurgien dentiste, le candidat doit :

1° Produire le diplôme d'officier de santé;

2° Justifier de trois ans de stage, soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie;

3° Passer un examen de validation de stage.

---

Avec une substance et plus rouge et plus pure.
Ainsi l'âme se meut au corps de l'univers;
Ainsi l'âme l'inonde, et passant au travers,
D'innombrables beautés constelle sa surface.
Etc., etc.

J'ignore si M. Aug. Barbier, auteur de ces vers, appartient à notre confrérie. Si oui, il doit professer un vitalisme plus accentué que n'en a jamais entendu le grand amphithéâtre de la Faculté de Montpellier. Je ne crois pas non plus que ce Barbier soit le Barbier des *Iambes*.

***

Qui pourra jamais décrire toutes les formes des perturbations mentales et les hallucinations qui hantent l'intelligence humaine?

Parmi les fous les plus étranges qu'on ait vus depuis longtemps, il faut citer celui qui a été amené hier au Dépôt. Vers six heures du matin, raconte l'*Evènement*, il avait abordé un gardien de la paix dans les Champs-Elysées, à la hauteur du rond-point de l'Etoile, et, tout pâle, le visage perlé de sueur, lui avait raconté ce qui suit :

La veille au soir, à onze heures, il avait rencontré, disait-il, sur les grands boulevards, un oncle à lui, qu'il n'avait pas vu depuis vingt ans et qu'il croyait mort.

L'oncle lui avait offert d'aller souper avec lui et lui avait fait prendre place à côté de lui dans un coupé à deux chevaux, avec cocher et valet de pied sur le siège. La voiture avait pris la direction du boulevard Voltaire et était sortie par la porte de Vincennes. Jusque-là, tout lui avait paru naturel. L'oncle n'était pas causeur, mais il exhalait une singulière et indéfinissable odeur qui le serrait à la gorge. Tout à coup les lanternes s'étaient mises à briller d'une

ART. 3. — Le jury, pour cet examen, est composé d'un professeur de Faculté, président, et de deux dentistes pourvus du grade de docteur en médecine ou pourvus du droit d'exercice de la médecine.

ART. 4. — L'examen comporte des épreuves pratiques, des épreuves orales.

*Épreuves pratiques.* — Les épreuves pratiques consistent en opérations faites sur un sujet vivant ou mort; extraction, obturation, exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel et application de cet appareil.

*Épreuves orales.* — L'épreuve orale comprend : l'anatomie, l'histologie, la physiologie, principalement en ce qui concerne la tête; la pathologie interne et externe; la matière médicale et la thérapeutique au point de vue des maladies de la bouche; la physique, la chimie, la métallurgie, la mécanique appliquées à l'art du dentiste.

Ce projet exige de tout dentiste qu'il ait acquis par des examens, « *au moins par ceux d'officier de santé, le droit d'exercer la médecine* ». Peu s'en faut qu'il n'exige le titre de docteur. Quoi qu'il en soit, il veut que le dentiste soit avant tout médecin, médecin avant d'être spécialiste. C'est là une opinion justement et généralement partagée par les médecins.

Il ne faut point se méprendre sur l'étendue du domaine laissé au dentiste. Au point de vue pathologique surtout, la dent n'est point un organe isolé. Les affections des mâchoires proprement dites (ostéite, nécrose, tumeurs, kystes), des gencives, du sinus maxillaire, sont presque toujours sous la dépendance de celles des dents. D'autre part, que de symptômes réflexes occasionnés par les affections dentaires, du côté des oreilles, des yeux!

Il n'y a même pas que la pathologie de voisinage qui se relie étroitement à celle des dents. Grand nombre d'affections générales retentissent sur le système dentaire, les unes en modifiant sa constitution, en troublant son évolution, d'autres en y provoquant de véritables altérations. Telle est, par exemple, à ce dernier point de vue, cette singulière affection, désignée sous les noms de *pyorrhée inter-alvéolo-dentaire*, de *gingivite expulsive*, etc., qui conduit fatalement à la perte de toutes les dents, et que l'on peut souvent rattacher à un état pathologique général. Il nous est plusieurs fois arrivé, en recherchant ces lésions pathogéniques, de diagnostiquer une maladie bien importante cependant, le diabète, complètement ignoré des malades et de leurs médecins.

Pas plus pour le dentiste que pour l'accoucheur, que pour l'oculiste, le domaine de son art ne saurait être absolument circonscrit. « L'organisme est un système clos où tout est réciproquement fin et moyen. » Cuvier. Il faut souvent connaître et examiner la machine humaine dans son ensemble pour la soigner efficacement dans ses détails. La pathologie spéciale ne saurait être considérée autrement que comme une application perfectionnée de la pathologie générale; l'étude de celle-ci doit donc précéder celle-là.

Ainsi donc, à notre avis, un dentiste doit être nécessairement et avant tout médecin. C'est d'ailleurs l'opinion de M. le professeur Le Fort. « Le dentiste, dit-il, ne serait-il qu'un simple

---

flamme verte et l'oncle était devenu d'une couleur terreuse, puis ses habits avaient changé de forme, et..., au bout de dix minutes, il s'était trouvé revêtu d'un suaire. En même temps, une sorte de cliquetis avait résonné sur le siège. Cocher et valet de pied s'étaient transformés en squelettes. Puis la voiture avait pris un train d'enfer, enfilant des routes désertes et longues. — Je voyais, disait le pauvre fou au gardien de la paix, l'haleine des chevaux s'élever en l'air en tourbillons rouges... Puis, de chaque côté du coupé, métamorphosé en corbillard, je reconnus ma marraine, mon frère et cinq ou six de mes parents qui glissaient sans toucher le sol! Je me suis évanoui et je viens de me trouver, je ne sais comment, devant l'Arc-de-Triomphe.

La victime de cette effrayante hallucination va être examinée par le docteur Legrand du Saulle. Rien ne saurait rendre l'expression de conviction profonde avec laquelle le pauvre diable avait raconté sa fantastique odyssée. Mais il a été impossible de connaître le nom de cet étrange personnage. — Ne me demandez plus rien, a-t-il répondu à toutes les questions : si je vous disais mon nom, vous seriez à l'instant même foudroyés. Il doit cependant appartenir à une grande famille. Ses allures sont tout à fait aristocratiques et son langage dénote un homme du monde. On a trouvé sur lui une liasse de billets de banque et un porte-monnaie contenant plus de 1,500 fr. en or.

***

Dans une brochure qu'il vient de faire paraître, et qui a pour titre : l'*Humus et les vers de terre*, Darwin calcule que par acre de terre il y a en moyenne 33,000 vers qui, chaque année, ramènent à la surface du sol au moins dix tonnes de terre végétale que la charrue serait impuissante à extraire des entrailles de la terre. Le savant anglais conclut ainsi :

arracheur de dents, comme semblerait le considérer la cour de cassation de 1846, pourrait encore, par une avulsion maladroite ou intempestive, amener des accidents sérieux ou aggraver une lésion des mâchoires. Mais il n'en est plus ainsi; le dentiste est fréquemment consulté pour des affections de la bouche, des gencives, des maxillaires, lesquelles sont du domaine de la pathologie, qui parfois sont d'un diagnostic difficile et dont la thérapeutique comporte soit des opérations chirurgicales, soit un traitement local et général qui exige des connaissances spéciales et sérieuses. »

M. Le Fort était rapporteur de la commission chargée d'examiner le projet de loi ministériel. Nous avons tenu à citer textuellement ses paroles, pour montrer combien, à notre grand étonnement, les conclusions de son rapport sont loin de s'accorder avec de telles prémisses.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Revin adresse une note sur la théorie de la formation de l'univers dans laquelle il fait jouer le principal rôle à l'attraction. M. le Secrétaire perpétuel, tout en reconnaissant que les idées de l'auteur ne sont pas nouvelles, recommande la note à l'attention de ses collègues.

Un correspondant, qui peut rester anonyme, annonce qu'il croit avoir trouvé la solution de la direction des ballons, mais il ajourne la divulgation de ce secret.

Un autre, médecin à Leipsick, a trouvé le remède contre la diphthérile; mais il ne le fait pas connaître. C'est également fâcheux.

M. de Lesseps dépose sur le bureau le deuxième volume de la *Géographie universelle*, par M. de Fontanes.

M. Lacaze-Duthiers rend compte de l'état de prospérité du laboratoire de Roscoff, et il montre, à l'aide de plusieurs tableaux, les aménagements du nouvel observatoire zoologique de Banyuls.

M. Duchartre entretient l'Académie d'une nouvelle maladie de la vigne, qui consiste dans la pourriture des racines. Cette pauvre vigne est vraiment accablée sous le nombre de ses ennemis et sous le poids de ses infirmités. C'est à renoncer à boire du vin. Ah! si l'eau coûtait très cher, on pourrait, peut-être, s'y résigner!

M. Hervé-Mangon, au nom de M. Aubin, revient sur la proportion d'acide carbonique contenue dans l'atmosphère et sur les moyens de la mesurer.

M. le Président annonce la mort de M. Isidore Pierre (de Caen), correspondant de la section d'économie rurale.

---

« Il est douteux qu'il y ait dans l'histoire du monde des animaux qui jouent un rôle aussi important que ces organismes inférieurs. »

***

Pour finir, un calembourg de haute école, car il a été commis par un professeur de notre Faculté. Lorsque M. Tarnier présenta son forceps à aiguille, M. le professeur Pajot fit une vive opposition à ce nouvel instrument, et termina ainsi sa critique :

...... « Laissez-moi vous pousser un dernier argument contre votre forceps.

« La belle humeur est saine, si elle n'est pas savante. Elle exclut toute idée de fiel. D'ailleurs, le rire est bien français. L'âne, de tous les animaux, est toujours grave.

« Vous allez trouver mon argument très faible. Il me fait manquer aux lois de la rhétorique, mais il n'est pas de moi. Son auteur était impartial et sans idées préconçues sur le mérite des forceps Levret et Tarnier. Il ne les connut jamais, étant mort en 1711. C'est son excuse. Et pourtant le grand classique Boileau avait dit déjà, dans un vers prophétique :

Rien n'est beau que *Levret*, *Levret* seul est aimable.

« Si vous vous en relevez!

« Je vous serre bien affectueusement la main.

« Professeur PAJOT. »

***

La communication de M. Tartivel n'est pas la seule que j'aie reçue. Plusieurs de mes honorables lecteurs ont voulu porter secours à la *Causerie* en détresse. Je les en remercie bien

M. Alph. Milne-Edwards, de la part de M. Vuillanes, de Dijon, dépose sur le bureau un travail relatif aux métamorphoses des diptères.

M. Paul Bert lit une note sur la zone maniable des anesthésiques et sur un nouveau moyen de chloroformisation. Nous en mettrons le texte sous les yeux des lecteurs dans notre prochain *Bulletin.*

M. D. Tommasi adresse une note sur l'électrolyse de l'eau.

« On sait qu'un élément voltaïque formé d'une lame de zinc et d'une lame de charbon ou de cuivre plongeant dans de l'acide sulfurique étendu est incapable de décomposer l'eau, quelque grande que soit la surface de cet élément, tandis que la décomposition de l'eau a lieu aisément si l'on emploie deux petits éléments zinc-cuivre ou zinc-charbon et acide sulfurique étendu. Je me propose dans cette note de démontrer qu'il est possible de décomposer l'eau en n'employant qu'un seul élément.

Voici les expériences que j'ai faites à ce sujet :

*Elément zinc-charbon + acide sulfurique étendu.*

Platine + / Platine — } L'eau n'est pas décomposée, ce qui est conforme à la théorie.

Cuivre + / Cuivre — } Dégagement d'hydrogène au pôle négatif.

On obtient les mêmes résultats en employant des électrodes en argent ou en étain. Avec les lectrodes en plomb on ne constate pas d'effets bien prononcés.

Platine —..... Dégagement d'hydrogène au pôle négatif.

Cuivre +..... Autour du cuivre on n'observe pas de bulles gazeuzes ; le cuivre se dissout en se transformant en sulfate qui se décompose aussitôt et dont le cuivre vient se déposer sur le platine, sans que pour cela le dégagement de gaz cesse d'avoir lieu au pôle négatif.

En substituant au cuivre l'argent, le plomb ou l'étain, on observe toujours la déeomposition de l'eau.

L'eau n'est pas décomposée, si le platine est au pôle positif.

Si l'on prend l'argent comme pôle négatif, et le cuivre, le plomb ou l'étain comme électrode négative, on peut aussi décomposer l'eau.

La décomposition de l'eau par la pile n'a pas lieu si l'argent est au pôle positif de la pile.

Cuivre + / Plomb — } Dégagement du gaz au pôle négatif.

Cuivre — / Plomb + } Pas de décomposition de l'eau.

---

vivement (1). Mais celui de mes lecteurs à qui je dois surtout témoigner toute ma reconnaissance est mon savant ami le professeur Laforgue, de Toulouse, dont la riche et inépuisable érudition m'a fourni les plus intéressantes communications. C'est lui notamment qui, dans ma dernière *Causerie,* m'a rappelé le charmant rondeau de maître Adam et les appréciations de Voltaire.

D^r Simplice.

(1) Il est une de ces communications dont je regretterai de ne pouvoir faire usage. Je ne suis pas un grand dévot à la doctrine de l'évolution. La foi me manque encore ; mais au moins faut-il la combattre par des arguments scientifiques. Je ne trouve pas ce caractère à l'envoi qui m'a été fait sur ce sujet.

---

— Lundi dernier a été célébré à la mairie du X^e arrondissement par le docteur Clavel, adjoint, le mariage de notre collègue, le docteur Paul Labarthe, rédacteur en chef du *Médecin Praticien,* avec mademoiselle Élise Guyot. Les témoins du marié étaient MM. Henri Bouley, de l'Institut, du Muséum et de l'Académie de médecine, et Jean David député du Gers. Ceux de la mariée étaient l'illustre doyen de la presse médicale, le docteur Jules Guérin, de l'Académie de médecine, et le docteur Landrieux, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté.

*Cours sur les maladies des voies urinaires.* — M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le mardi 22 novembre à 5 heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Si, au lieu du plomb, on prend de l'étain, on obtient un effet inverse, c'est à dire que l'eau est décomposée si le cuivre est négatif, et qu'elle ne l'est pas si le cuivre est positif.

Un élément zinc-cuivre, même de petite dimension, est capable de décomposer l'eau, pourvu qu'on se place dans les mêmes conditions que dans les expériences précédentes, seulement les effets obtenus sont moins intenses qu'avec le couple zinc-charbon.

Dans un prochain mémoire, j'espère être à même de donner quelques explications sur les singuliers phénomènes dont je viens de parler et qui sont, pour le moment, tout à fait en désaccord avec la théorie thermo-chimique de la pile. Qaant à présent, voici les seules conclusions que l'on peut déduire des nombreuses expériences que j'ai faites à ce sujet :

1° Un élément zinc-cuivre ou zinc-charbon qui plonge dans de l'acide sulfurique étendu ne décompose pas l'eau, conformément à la théorie, si les deux électrodes sont en platine.

2° Pour que la décomposition de l'eau puisse avoir lieu, il faut que l'électrode positive soit formée par un métal qui, sous l'influence du courant voltaïque, soit capable de se combiner à l'oxygène de l'eau.

Il convient d'ajouter que si l'une des deux électrodes du voltamètre est en aluminium, en zinc ou en charbon la décomposition de l'eau peut également s'effectuer avec un *seul élément*.

Faisons observer que le zinc étant attaqué par l'eau acidulée du voltamètre il s'ensuit qu'il y a dégagement d'hydrogéne aux deux électrodes.

Le charbon que j'emploie est une mine de crayon en graphite préalablement chauffée au rouge.

Il est assez étrange de voir le graphite se combiner à l'oxygène de l'eau sous l'influence du courant voltaïque et se comporter en quelque sorte comme une électrode soluble. Je ne pense pas que ce fait ait été encore signalé. »

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Sueurs généralisées au début d'une tuberculose à marche lente. — Sueurs localisées aux mains. — Expériences diverses sur les sueurs localisées. — Hystérie consécutive*, par M. le docteur Raymond, médecin de l'hôpital Tenon. — Le malade, âgé de 25 ans, présente les symptômes physiques et fonctionnels du début de la tuberculose pulmonaire et, de plus, des sueurs nocturnes très abondantes. L'emploi de l'atropine produit la suppression des sueurs sur la surface du corps, qui se localisent sur les mains. Des injections sous-cutanées d'atropine au niveau de l'éminence thénar suspendent cette sécrétion sudorale des mains pendant quelques heures. La duboisine produit les mêmes effets plus rapidement. Mais des troubles généraux toxiques étant survenus, on fit usage, sans succès, de la poudre d'agaric, de la teinture de belladone, etc. L'électrisation du plexus brachial, suivant le procédé de M. Vulpian, donna de meilleurs résultats; l'application d'un cataplasme de glace pilée sur la face postérieure du cou, sur la face interne des bras, l'emploi du chloral hydraté sur la peau de ces régions, d'après la méthode de M. Brown-Séquard, ne produisirent que des succès relatifs.

Des accidents singuliers se déclarèrent alors, consistant dans de l'éréthysme nerveux considérable, de l'épigastralgie avec sensation de constriction du pharynx, du ballonnement du ventre et des convulsions toniques, suivies bientôt de spasmes cloniques. Les jours suivants, on observa du spasme laryngien, de l'œsophagisme, de l'hémianesthésie avec hémiplégie droite, accompagnée de contractures durables. Ces phénomènes étaient hystériformes et, depuis, se sont reproduits par crises. La compression du testicule droit arrêtait les phénomènes convulsifs. (*Le méd. prat.*, 6 août 1881.) — Ch. E.

*De l'absinthisme chronique*, par le docteur Lancereaux. — Les désordres de la sensibilité diffèrent de ceux de l'alcoolisme; les fourmillements dans les membres sont accompagnés de sensations passagères très douloureuses de torsion et de déchirure. Il existe aussi parfois une sensation de constriction sternale, comparable à la boule des hystériques.

L'hyperesthésie débute par les extrémités des membres et s'étend sur la surface du corps, à l'exception des régions faciale et présternale où elle fait toujours défaut. Elle peut se traduire également par des points douloureux le long du rachis. L'excitabilité réflexe des absinthiques est excessive; la plus faible excitation produit de violentes contractions réflexes. Toutefois, les sensibilités thermique et tactile restent intactes.

L'état mental est celui des alcooliques; mais les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont plus fréquentes; enfin le facies est triste et l'œil hagard. Le tremblement des extrémités est constitué par des oscillations plus étendues que dans l'alcoolisme; de plus, les troubles digestifs, l'affaiblissement musculaire, l'impuissance génésique, le dépérissement général, sont des phénomènes constants dans l'absinthisme. La marche de l'affection est plus rapide que celle

de l'intoxication par l'alcool, la vieillesse plus hâtive et la tuberculose plus fréquente (*Journ. des Con. méd.*, p. 237, 18 août 1881). — Ch. E.

*Engorgement chronique de l'utérus; fumigations iodées*, par le docteur Noël Guéneau de Mussy. — Une jeune dame, mère de plusieurs enfants, était atteinte de leucorrhée, de douleurs lombaires et hypogastriques. L'utérus était en rétroflexion, le col tuméfié et engorgé, enfin le méat portait une érosion qui se prolongeait dans le canal cervical. L'usage d'une ceinture hypogastrique, le repos horizontal, l'emploi quotidien d'un suppositoire belladoné, et l'introduction dans le vagin de tampons de coton iodé enveloppés d'ouate, après chaque injection tiède d'infusion de camomille additionnée de 3 grammes de borax par litre, furent les agents principaux de la médication locale. A l'intérieur, on prescrivit l'iodure de potassium. L'amélioration de l'état local fut très rapide et sous l'influence des tampons iodés l'engorgement du col disparut dans l'espace de quelques semaines. L'érosion, qui persistait encore sur les lèvres du col, fut traitée consécutivement et avec succès au moyen de cautérisations par le nitrate d'argent (*La méd. prat.*, p. 398, 27 août 1881). — Ch. E.

*Paralysie hystérique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs*, par le docteur William C. Glasgow (de Saint-Louis). — Une fille de 16 ans éprouvait de la dyspnée, de l'enrouement, de la douleur quand elle faisait un effort pour parler. Ces symptômes duraient depuis six semaines environ, lorsqu'elle vint consulter le docteur W. Glasgow. La santé générale était bonne; les bruits du cœur étaient normaux; le murmure respiratoire était un peu augmenté, et, au laryngoscope, on constata la fixité et l'immobilité des cordes vocales qui étaient rapprochées l'une de l'autre vers la ligne médiane. L'électrisation fut pratiquée chaque jour au moyen d'un excitateur laryngien et d'un autre placé sur la peau du cou. Huit jours après, la malade pouvait parler, sa voix était claire et les cordes vocales avaient recouvré leur mobilité.

Environ six semaines après, cette jeune fille était atteinte de symptômes de folie hystérique d'une telle violence qu'on dut la placer dans un asile d'aliénés. Pendant la durée de ces troubles, on n'observa le retour d'aucun des symptômes de l'affection du larynx. Après quelques mois de séjour, la guérison fut complète. La marche de la maladie ne permet pas de douter de la nature hystérique des troubles de la phonation (*Archives of laryngology*, New-York, juillet 1881, p. 253). — Ch. E.

## COURRIER

Association générale des médecins de France. — La circulaire suivante vient d'être adressée, au nom du Conseil général de l'Association, à MM. les présidents des Sociétés locales :

Paris, le 5 novembre 1881.

Monsieur le Président,

Dans sa séance du lundi 25 avril 1881, l'Assemblée générale des délégués a décidé que le vœu émis par M. Surmay (de Saint-Quentin), relatif aux rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels, serait mis à l'étude dans toutes les Sociétés locales, afin qu'il puisse être discuté dans l'Assemblée générale des délégués de 1882.

Dans sa séance du 4 novembre, le Conseil général a nommé une commission composée de MM. Bucquoy, Vannesson et Martineau, pour faire un rapport d'ensemble sur cette question.

Je vous prie de faire parvenir à M. le docteur Bucquoy, 81, rue de l'Université, rapporteur de la Commission, le résultat de la délibération de votre Société, avant le 31 janvier 1882.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

*Le Secrétaire*, L. Martineau.

Nota. — Le mémoire de M. Surmay est publié *in extenso* dans l'annuaire de 1881 (exercice 1880).

Je profite de cette occasion pour vous prier de m'envoyer le plus promptement possible le procès-verbal de votre dernière Assemblée générale, relatant surtout les admissions, les décès, les secours alloués, l'avoir actuel, les changements survenus dans le personnel et le nombre des Membres sociétaires, afin que le rapport du Secrétaire général à l'assemblée générale des Délégués puisse être complet et qu'aucun retard ne soit apporté à la publication de l'Annuaire. Veuillez me l'adresser, 24, rue Cambon.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR L'ALIMENTATION FORCÉE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881,

Par le D[r] M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

A l'état physiologique, l'appétit vient nous rappeler qu'il est nécessaire d'ingérer une certaine quantité d'aliments qui, transformés par les sucs digestifs, puis absorbés, servent à l'entretien et à la rénovation de nos tissus. Il indique leur dose, et, lorsqu'il est satisfait, des phénomènes d'intolérance stomacale et intestinale ne tardent pas à se manifester, si l'on cède à la gourmandise.

A l'état pathologique, l'appétit peut présenter des troubles dont les degrés extrêmes sont la boulimie et l'anorexie. Ce dernier symptôme, de peu d'importance lorsque sa durée est courte, peut être extrêmement grave lorsqu'il persiste, lorsqu'il est lié à une affection chronique. Nous pouvons citer l'exemple d'une hystérique que nous observions il y a peu d'années, et qui fut prise d'un dégoût profond pour toute nourriture, dégoût amenant des vomissements lorsqu'elle essayait de vaincre ses répugnances. Elle maigrit, ses forces déclinèrent, et une tuberculose ultime vint mettre fin à une consomption, que nous avions vainement cherché à combattre par les moyens les plus divers.

Les auteurs conseillent, en pareille circonstance, de varier le régime, de prescrire les toniques, les amers, diverses eaux minérales, etc., etc. Tous ces moyens restent souvent sans effet, ou excitent d'une façon toute passagère l'appétit qu'on cherche à ranimer.

Nous pouvons, chaque jour, constater l'inanité de nos efforts sur les malheureux phthisiques qui peuplent nos hôpitaux, et l'anorexie n'est certes pas chez eux un des symptômes les moins inquiétants; nous savons tous l'avenir réservé à brève échéance au phthisique qui cesse de manger; il est consumé par la fièvre, il a des pertes sudorales, intestinales et bronchiques; pour employer une comparaison devenue banale, sa recette est nulle, ses dépenses sont exagérées.

Nous faisions ces tristes réflexions à propos d'un phthisique, couché dans

# FEUILLETON

## REBOUTEUR ET LOUEUR DE VOITURES

C'est une histoire singulière qui étonnerait peut-être les naïfs, si en matière de charlatanisme et d'exercice illégal, l'étonnement était encore possible. Depuis longtemps, grâce à l'impunité acquise et à la tolérance habituelle il était bruit de ces faits scandaleux dans les quartiers de Paris voisins de l'Arc-de-Triomphe de l'Etoile. En effet, en l'année 1881, dans ces quartiers devenus, par les soins de nos édiles, les plus luxueusement construits et les plus richement habités de la capitale, dans cette ville de Paris, dont le chauvinisme de quelques-uns de ses citoyens veut faire la cité la plus spirituelle de l'Europe, en présence de faits semblables, on se croirait transporté dans quelque obscur hameau du fond de la Bretagne où les *bonnes dames* et les *jeteurs de sorts* se font des rentes avec leur art et avec la superstition de leurs semblables.

Les campagnes du Midi de la France possèdent bien encore des devins et des sorciers; les provinces de l'Est des illuminés et des visionnaires; mais il était donné à la capitale d'offrir un spectacle d'un genre nouveau : un *loueur de voitures* devenu *rebouteur*, avec l'assistance et la coopération d'un médecin diplômé. C'est là assurément une variété inédite de charlatanisme et une nouvelle hybridité de l'industrialisme de ces innombrables déclassés qui exploitent avec habileté, audace et succès, les prédispositions de l'homme à la bêtise et à la crédulité.

Quel rapport peut-il donc exister entre la location des voitures et le traitement des trauma-

nos salles, présentant des signes avancés de tuberculose pulmonaire, et notamment de vastes cavernes, considérablement amaigri, ayant des sueurs profuses toutes les nuits, et dans un état de dépérissement tel qu'il pouvait à peine se lever quelques heures; il renonçait à sortir des salles. Toutes les fois qu'il essayait de manger, il était pris d'un violent dégoût, puis de toux et de vomissements. Il était arrivé à ne plus pouvoir avaler un quart de verre de lait.

Nous tentâmes, par les moyens classiques, de porter remède à cette situation, et nous prescrivîmes sans succès la plupart des médicaments anciennement ou récemment préconisés contre la phthisie; nous ne fûmes pas plus heureux lorsque nous avons essayé de combattre le phénomène anorexie.

La menace d'une fin qui ne pouvait tarder, nous fit employer un moyen, nouveau nous le croyons, l'alimentation forcée. Nous avons introduit les aliments, à l'aide d'une sonde, directement dans l'estomac. Voici les raisons théoriques qui nous ont conduits à cette méthode.

L'appétit et le pouvoir digestif des viscères qui marchent parallèlement à l'état physiologique peuvent très bien être dissociés à l'état pathologique; autrement dit, un malade qui n'a aucun appétit peut avoir un estomac qui digère bien, ou tout au moins ait conservé un certain pouvoir digestif que ne fait pas supposer l'anorexie. Il est encore possible que, chez un pareil malade, le dégoût violent qui accompagne l'ingestion des aliments trouble les phénomènes digestifs et devienne une cause de vomissements. Nous savons qu'en donnant aux médicaments une forme moins répugnante on arrive à les faire tolérer. Des malades prennent en capsules des substances qu'ils ne peuvent supporter à l'état naturel, et nous citerons l'observation d'un sujet couché dans nos salles qui rejetait par vomissement l'huile de ricin, et la garda parfaitement le jour où nous l'introduisîmes par la sonde.

Telle est la série des raisonnements qui nous conduisit à l'alimentation forcée. Nous reconnaissons volontiers qu'ils sont théoriques, mais les résultats scientifiques ne sont guère obtenus qu'à l'aide de théories que l'on cherche à vérifier, dont on cherche à déduire les conséquences. Nous ne tenons nullement aux hypothèses que nous venons d'émettre, trop heureux si elles nous permettent de soulager, dans des circonstances déterminées, un certain nombre de malades.

Sur le phthisique dont nous venons de parler, le 1er octobre, nous avons intro-

---

tismes ? Tout au plus peut-être des relations de cause à effet. Jusqu'à ce jour, du moins, les véhicules, les chevaux et leurs automédons étaient surtout connus des Parisiens, les uns par les accidents qu'ils causent et les autres par leur mauvais vouloir et leurs exigences en temps de pluie, de neige ou de verglas. Mais maintenant voici l'un d'entre eux qui quitte le fouet et le carrick, non pas pour prendre la palette du barbier ou l'instrument de Diafoirus, mais bien pour emprunter maladroitement, il est vrai, les appareils et les instruments de nos chirurgiens.

Guérisseur de plaies, redresseur de membres tortus, notre nouvel Esculape fait marcher les boiteux, rectifie les bossus, allonge les jambes trop courtes; et dans son audace, qui n'a d'égale que l'étrange tolérance dont on use à son égard, il exploite la bonne foi du public, aussi bien au nord qu'au midi de la capitale. Passait encore pour Figaro, il avait au moins l'esprit pour lui et quand Pandore aurait voulu verbaliser, il n'aurait guère pu le faire sans sourire ! Passe encore pour ces talents de société des tireuses de cartes ou des vendeuses de philtres, qui tout au plus font espérer aux vieilles femmes un deuxième printemps, la restauration de leurs charmes ou quelque bel Adonis. Mais donner aux empiriques, sinon le droit, du moins toute latitude d'estropier leurs semblables ! Vraiment, il faut admettre que Pandore lui-même croit aux vertus magiques du *reboutement* et que la justice, plus que jamais, se couvre les deux yeux du bandeau dont un malin statuaire se plut un jour à lui orner le front.

Si ce métier peut présenter pour ceux qui le pratiquent des dangers, moins grands d'ailleurs qu'on ne le croit généralement, et finir quelquefois en correctionnelle, il a aussi, qu'on le sache bien, de fructueux profits; des profits tels, que parmi les médecins qui exercent légalement et honnêtement, fort peu peuvent y prétendre. Aussi, confrères, esclaves du devoir, qui semez votre dévouement pour récolter l'ingratitude presque toujours et la pauvreté le plus souvent, médecins dévoués des bureaux de bienfaisance qui, chaque jour, épuisez votre santé à gravir les escaliers

duit par la sonde, après lavage de l'estomac, un litre de lait. Il fut parfaitement toléré, il n'y eut ni diarrhée, ni vomissement, ni envie de vomir. Les jours suivants, enhardi par l'expérience, nous augmentons la ration, nous faisons pratiquer le sondage deux fois par jour, et on administre en deux fois deux litres de lait, 200 grammes de viande crue et râpée et dix œufs.

Les digestions se firent bien, car il n'y eut pas de diarrhée, et le liquide parfaitement clair qui sortait à chaque lavage nous montrait que la digestion stomacale s'était parfaitement opérée. Nous avons d'ailleurs un moyen de prouver que les aliments étaient digérés et absorbés, l'augmentation de poids du malade; elle a été de 92 grammes par jour en moyenne. Nous n'avons eu à noter que deux petits accidents, deux petites indigestions.

La première, caractérisée par une légère diarrhée, eut lieu le 10 octobre, nous avions mélangé au lait 60 grammes de tapioca. Nous ne recommandons pas cet aliment; donné en petite quantité, il n'augmente guère la ration; en quantité plus considérable, il passe difficilement à travers le tube et forme une bouillie épaisse qui ne paraît pas d'une digestion bien facile.

La seconde indigestion eut lieu le 31 octobre, elle se traduisit par des vomissements et de la diarrhée qui se répétèrent plusieurs fois en vingt-quatre heures. Nous avions eu l'imprudence de laisser sortir notre malade, il en profita pour absorber une forte ration de rhum. Pendant vingt-quatre heures, on donna seulement deux litres de lait (toujours par la sonde) et tout rentra dans l'ordre.

Le régime institué paraît encore avoir eu d'autres effets non moins remarquables, les sueurs autrefois très abondantes ont complètement cessé, l'insomnie était opiniâtre, le sommeil est revenu. Les forces sont restaurées à un point tel que notre malade qui restait autrefois la journée entière dans son lit ou près de son lit, qui perdait facilement haleine, monte maintenant rapidement les deux étages de l'infirmerie et se promène une grande partie de la journée. Il affirme qu'il avait autrefois des accès de fièvre toutes les nuits et qu'ils ont disparu; nous ne l'avons pas vérifié, les températures n'ont jamais été prises la nuit, elles étaient toujours normales le matin et le soir. L'expectoration a diminué et les signes physiques se sont amendés; les signes d'excavation n'ont bien entendu subi aucun changement, mais les râles de bronchite disséminés dans la poitrine paraissent avoir diminué d'intensité.

---

sans nombre des garnis et de tous les bouges de la misère parisienne, étudiants qui pâlissez sur le livres de nos maîtres, dans les amphithéâtres d'anatomie et dans l'atmosphère pernicieuse des salles des hôpitaux, à quoi bon tant d'abnégation, de labeurs et de patience! Exercez plutôt la profession de loueur de voitures et associez-la à celle de rebouteur, le métier est excellent! Comme l'*homme à la calotte* du quartier des Ternes, vous recevrez chaque mois de vos dupes 1,800 à 2,000 francs; votre bénéfice annuel atteindra au moins 20,000 francs, vous pourrez tenir registres de vos opérations commerciales, prendre comme lui, à votre service, non pas seulement un valet de chambre, mais un médecin diplômé qui fera partie de votre domesticité et qui endossera à la fois la livrée de votre maison et la responsabilité légale de vos actes. Sans payer une patente, sans que le fisc soit impitoyable comme avec nos confrères, vous pourrez impunément, toujours comme le rebouteur en question, vendre des pommades, recevoir même dans votre salon des comtes et des marquis, faire faire antichambre à des sommités de la finance et du notariat et inscrire en gros caractères, sur vos livres, les noms et les qualités des visiteurs.

Pas n'est besoin même de longues études littéraires, le séjour à l'école primaire est superflu; manquez même d'éducation; mais sachez jurer, tempêter; ayez le verbe haut et salé; employez l'argot des faubourgs ou les crudités de la langue verte, on ne vous en tiendra que plus de compte! Vous pourrez même figurer, si la tarentule politique vous piquait, parmi les membres des comités électoraux et cette association de la politique au *reboutement*, ne sera peut-être pas sans de réels avantages et de nouveaux profits personnels!

En effet, — car cette histoire n'est pas une boutade fantaisiste, — à la fin du mois d'août dernier, par suite d'une dénonciation émanant d'une des victimes de l'industriel dont il es ici question, le parquet, en présence de ce nouveau scandale venant après tant d'autres, pres-

Les résultats obtenus étaient trop heureux pour ne pas nous engager à appliquer le même traitement à plusieurs malades.

Notre second malade était un phthisique encore peu avancé (comparé au précédent), il avait quelques craquements humides aux sommets des poumons, spécialement du poumon gauche, il était très amaigri, toussait beaucoup, dormait mal, était fatigué par des sueurs nocturnes, n'avait aucun appétit, il prenait difficilement quelques potages.

Nous l'avons soumis à l'alimentation forcée, sans lavage préalable de l'estomac. Nous sommes arrivés, au bout de quelques jours, à introduire par la sonde, en deux fois, deux litres de lait, 200 grammes de viande, dix œufs, c'est-à-dire la même ration que chez le malade précédent. Il n'y a eu aucune espèce d'accident. L'augmentation de poids a été en moyenne, depuis vingt jours, de 192 grammes par jour, les sueurs ont cessé, le sommeil est revenu, les forces ont augmenté; le malade a pu faire une longue course sans trace d'anhélation. Les râles sont moins nombreux dans la poitrine.

Avec le concours de notre excellent ami, M. Yvon, nous avons examiné comparativement l'urine le 20 octobre, jour où le traitement a commencé, et le 10 novembre, vingt et un jours après le début du traitement. Voici les résultats de cet examen.

| | | 20 octobre. | | 10 novembre. |
|---|---|---|---|---|
| Volume | | 2,300 | | 1,600 |
| Réaction | | à peine acide | | franchement acide. |
| Urée | par litre | | 7 gr. 25 | 21 gr. 25 |
| | par 24 heures | | 16 gr. 67 | 34 gr. |
| Albumine | | traces insignifiantes | | quantité d'alb. augmentée. |

Trois particularités nous frappent dans cette analyse, l'augmentation de l'urée, la diminution de quantité des urines et l'albuminurie un peu plus forte.

L'urée excrétée en vingt-quatre heures était de 16 grammes avant le traitement, elle monte le 10 novembre à 34 grammes. Ce résultat était facile à prévoir, vu le changement de régime.

La quantité des urines qui était de 2,300 centim. cubes le 20 octobre n'était

crivit une enquête. Le commissaire de police, surprenant le rebouteur, *flagrante delicto*, et accompagné du médecin associé qui couvrait de son diplôme cette industrie illégale, fit une perquisition dans le *cabinet* qui servait de théâtre à de tels exploits. Un cabinet pour une pareille industrie! cela se comprend peu; un bureau passerait encore ou mieux une écurie! Ce serait au moins de la couleur locale.

Procès-verbal fut dressé; les livres furent saisis et singulière association! sur les trois ou quatre premières pages se trouvaient les indications de location de breaks, de coupés ou de landaus, tandis que les autres feuillets de ces livres étaient consacrés à inscrire quotidiennement les noms, adresses et blessures des dupes qui venaient se faire opérer. De plus, détail curieux qui témoigne de l'audace et de la sécurité de ceux qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine, en face de chaque opération se trouvait une mention relative à la somme payée par le malade, et enfin tous les mois environ, un reçu du médecin assistant qui constatait qu'il recevait pour salaire, un tiers environ sur les bénéfices réalisés.

Chaque mois cet industriel faisait le compte des profits et des pertes et on put constater de la sorte que les recettes mensuelles n'étaient jamais inférieures à 1,200 francs et atteignaient souvent 2,000 francs. Ces registres étant tenus à jour il fut facile de la sorte de vérifier, comme on le savait déjà, que cette industrie s'exerçait au grand jour, au su et au vu de tout un quartier sous le couvert d'un médecin, de connivence avec le rebouteur.

L'officier de police chargé de cette enquête avait habilement combiné ses mesures et avait non-seulement surpris cet individu et son complice à l'heure des consultations, mais avait pu aussi saisir et emporter les livres, témoignages incontestables des délits et de leur nature, preuves d'autant plus importantes qu'elles permettaient au parquet de connaître la demeure de chacune des victimes et le détail des sommes reçues.

plus que de 1,600 centim. cubes le 10 novembre. Nous croyons pouvoir expliquer ce résultat de la façon suivante : le malade avait toutes les nuits des sueurs très abondantes, et, tourmenté par la soif, buvait plusieurs pots de tisane ; aujourd'hui les sueurs ont cessé, le malade dort toute la nuit, boit beaucoup moins, aussi, la quantité d'urine a-t-elle diminué de 700 centim. cubes.

L'albuminurie est un peu plus prononcée, cette particularité tient peut-être au régime. Les physiologistes affirment que l'albumine crue de l'œuf est en petite quantité éliminée par le rein, et qu'on peut ainsi provoquer chez le sujet sain une légère albuminurie. L'œuf cru entrait pour une forte proportion dans le repas de notre malade, peut être est-ce ainsi qu'il faut expliquer cette circonstance que son albuminurie ait augmenté lors de la seconde analyse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## DE LA RÈGLEMENTATION OFFICIELLE DE LA PROFESSION DE DENTISTE,

Par M. le docteur Th. David.

(Société de médecine pratique, séance du 20 octobre 1881.)

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

Voici en effet le contre-projet proposé par la commission composée de MM. Gavarret, Duplay et Le Fort :

« Article premier. — A partir du 1er janvier 188 , nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu du diplôme spécial de dentiste.

Art. 2. — Pour obtenir le diplôme de dentiste le candidat doit :

1° Être âgé de 20 ans au moins ;

2° Produire un certificat de grammaire ou un diplôme d'études de l'enseignement secondaire special;

3° Suivre pendant deux années, auprès d'une faoulté ou d'une école de médecine, les cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et externe.

Remplir pendant les deux derniers semestres, les fonctions de stagiaire dans un service de chirurgie.

4° Justifier de deux années de stage, soit chez un dentiste, soit dans une École d'odontologie. Le début du stage, qui ne peut commencer qu'à l'expiration des deux années d'études

---

Ces faits, publics aujourd'hui, ne sauraient être contestés, leur caractère délictueux est constant. Si une action répressive n'est pas mise en jeu, c'est, il faudrait alors l'avouer, que les pouvoirs publics ne veulent pas faire observer la loi, même en présence d'une telle accumulation de preuves si nettement et si incontestablement spécifiées.

Mais, il ne faut pas l'oublier, dans notre beau pays de France, l'impossible, dit-on, est possible ! Malgré les descentes de justice, les perquisitions ayant donné des résultats positifs, malgré les procès-verbaux et les enquêtes de la police, malgré les preuves matérielles, l'impunité serait-elle donc encore acquise? L'enfant de Levallois-Perret, dont le traumatisme de l'avant-bras, simple dans l'origine, devenu des plus graves par les manœuvres du rebouteur, comme des certificats médicaux ont pu le constater, ne mérite-t-il donc aucune protection et aucune réparation, en dehors même des questions de responsabilité civile? La vindicte publique devrait avoir ses droits; à moins que des questions politiques, dit-on, ce que nous ne pouvons croire, puissent étouffer un tel scandale !

Cependant, voyez plutôt : l'*homme à la calotte* a conservé son assurance et pratique encore son industrie. Il ne se vante pas moins que le fameux guérisseur dont parle Plaute, qui avait pansé — « *crus fractum Esculapi, Apollonis autem brachium* ». — Malgré l'aventure et la perspective de la police correctionnelle, il conserve son assurance et son audace, et se proclame trop dans le secret des Dieux, pour que les Dieux ne lui viennent pas en aide.

On peut le voir, chaque jour, l'œil souriant, la mine épanouie, portant une canne à pomme d'or à la main, parcourir les rues les plus fréquentées du quartier, et par une coiffure qui le distingue du commun des mortels, couvrir son chef important, non pas du vulgaire chapeau ciré du cocher, ou du bonnet de Sganarelle, mais de la classique calotte de velours de nos maîtres des hôpitaux. Corpulent, car le métier est bon, fier de son importance, car notre

prescrites par le paragraphe 3, est établi par l'inscription du candidat sur un registre spécial, soit dans une Faculté, soit dans une École de médecine.

Tout changement dans le lieu où l'élève fait le stage devra être précédé d'une déclaration auprès de la Faculté ou de l'École, et consigné sur le registre d'inscription;

5° Satisfaire aux examens établis par la présente loi.

Art. 3. — Chaque jury d'examen est composé d'un professeur de Faculté, président, d'un agrégé et d'un dentiste, nommés chaque année par le ministre de l'instruction publique.

Art. 4. — Les épreuves sont au nombre de trois :

1° *Une épreuve orale* sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances; sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique, au point de vue spécial des maladies de la bouche;

2° *Une épreuve clinique* sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances. Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger, sans pouvoir s'aider de livres, de notes ou de conseils, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner;

3° *Une épreuve pratique* consistant en opérations faites sur le vivant, sur le cadavre ou le squelette : extraction, obturation des dents, etc., et, de plus, exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel, avec application de cet appareil. A la suite de cette épreuve, le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie dans leurs applications à l'art du dentiste.

Art. 5. — Les docteurs en médecine et les officiers de santé qui désireront pouvoir joindre à leur titre celui de dentiste, ne seront astreints qu'aux deux années de stage spécial, et n'auront à subir d'autre examen que l'épreuve pratique établie par l'article 4.

Art. 6. — Les étrangers, quels que soient leurs titres, qui désireront pratiquer en France la profession de dentiste, seront soumis aux examens exigés des nationaux. Toutefois le ministre, sur l'examen de leurs titres et après avis du comité consultatif, pourra les dispenser des formalités de stage et d'inscription établies par l'article 2.

Art. 7. — La liste officielle des dentistes, ayant droit de pratique légale en France, sera publiée chaque année par les soins du ministre de l'instruction publique. Cette liste, dressée par ordre alphabétique, comprendra la mention de résidence, la nature et la date des titres donnant droit à la pratique.

*Dispositions transetoires.* Les dentistes français pouvant par pièces officielles, telles que la patente, établir qu'ils exercent leur profession en France depuis dix ans au moins, sont admis de droit à la pratique légale.

Ce droit pourra être conféré par le ministre aux dentistes étrangers exerçant en France depuis dix ans au moins, après avis du comité consultatif.

Un délai de trois années est accordé aux dentistes français et étrangers exerçant en France

---

homme, on le sait, tranche du politicien et en temps d'élection sa calotte noire se transforme en bonnet rouge; il entretient les bonnes femmes de ses cures merveilleuses, pince le menton aux soubrettes, caresse le chien des concierges et triomphe enfin de la crédulité humaine et de la loi qui protège si peu le public contre de telles exploitations !

La préfecture de police aurait, dit-on. l'intention non-seulement d'épurer Paris des déclassés de tout sexe qui encombrent les trottoirs, mais de poursuivre aussi les *rebouteurs*, les *médecins et sages-femmes sans diplôme*, les *somnambules lucides et extra-lucides*, gens qui pullulent dans la capitale. Puisse-t-il en être ainsi! Les faits scandaleux dont il est ici question démontrent l'urgence d'une action répressive énergique, sans tenir compte des questions de personne ou de couleur politique.

(*A suivre.*) X...

---

La fièvre jaune. — Le ministre de la marine a reçu la dépêche suivante :

Saint-Louis, 11 novembre,

J'ai le regret de vous faire connaître que l'état sanitaire est toujours mauvais; il y a encore eu deux décès de fièvre jaune, le 1er et le 2 novembre : un sergent-major et un sergent.

Gorée en a eu deux aussi : un mécanicien civil et un médecin de deuxième classe, M. Lullier.

M. Carpentier, médecin principal, atteint par la fièvre jaune le 4, paraît être hors de danger.

Dakkar va bien; il n'y a eu qu'un seul décès, le 17 octobre.

Rufisque est toujours indemne.

depuis moins de dix ans pour se soumettre aux examens établis par la présente loi. Sur le vu des pièces établissant la nature de leurs études antérieures et la date de leur établissement, ils pourront être exemptés des formalités imposées par l'article 2. Passé ce délai, le droit d'exercice leur sera retiré, à moins qu'ils n'aient satisfait aux examens établis à l'article 4. »

Comme on le voit, les deux projets ne diffèrent réellement que sur la nature des garanties à exiger du dentiste. Le premier (ministériel) exige au moins le diplôme d'officier de santé. Le second, émanant de la Faculté, n'exige aucun diplôme en médecine.

Ainsi M. Le Fort, dont j'ai cité des paroles pleines de justesse, arrive à présent, par une singulière contradiction, à ne vouloir faire du dentiste « qu'un praticien de second degré, d'une instruction de second ordre, » le dispensant ainsi des études classiques, de cette culture première qui forme l'esprit en même temps qu'elle élève le cœur de l'homme, et qui constitue la meilleure garantie pour la morale et pour l'honneur professionnel. Eh quoi, comme dit M. Magitot, le praticien qui traite les maladies de la bouche et de ses dépendances a-t-il besoin de présenter moins de garanties que celui qui soigne les maladies de l'orbite, de l'oreille, de la vessie, etc. ?

Ne cherchons pas à combattre le contre-projet de la Faculté. M. Le Fort n'a fait que l'emprunter aux nations voisines dont il a, comme on sait, parfaitement étudié l'organisation de l'enseignement médical. Mais justement ce qu'il veut importer chez nous est déjà à l'étranger frappé de déconsidération et menacé d'une mort prochaine. C'est à ce point qu'en Allemagne comme en Angleterre les praticiens dentistes les plus en renom sont des docteurs en médecine.

Des deux projets dont je viens de vous donner connaissance, l'intérêt de la santé publique exigerait donc que l'on donnât la préférence à celui qui émane de l'État.

Toutefois, ce dernier n'est pas à l'abri de quelques objections. Je vous demande la permission de vous en soumettre quelques-unes.

Ainsi, d'après l'article premier, nul ne pourrait exercer l'art dentaire s'il n'était pourvu du diplôme spécial de chirurgien dentiste. Ce serait une interdiction absolue à tout médecin de toucher au domaine du dentiste. Plus tard on lui interdirait peut-être encore de s'occuper des yeux, de la vessie, à moins d'avoir pris autant de diplômes spéciaux ! Il serait difficile au médecin de savoir où commence et où finit la bouche, et au patient de choisir pour certains cas entre le médecin, le chirurgien et le dentiste. En vertu de cette disposition, il pourrait donc se produire ce cas étrange qu'un docteur, voire même un professeur, serait poursuiv pour avoir arraché une dent. Je n'insiste pas.

Autre objection. Nous avons déjà deux grades : l'officiat de santé, le doctorat en médecine. Au moment où tout le monde reconnaît les inconvénients de cette distinction, on voudrait donc créer un troisième titre, celui de dentiste ! A-t-on jamais songé à créer des diplômes particuliers d'accoucheur, d'oculiste ? Nous demandons de même que le *dentiste soit médecin docteur ou officier de santé, ni plus ni moins.*

Mais ce point paraît soulever à son tour des difficultés auxquelles je veux répondre. « Exiger, dit M. Le Fort, des futurs dentistes, le titre de docteur, c'est en restreindre le nombre au point de le rendre insuffisant pour le besoin de la pratique. »

Et d'abord, nous n'exigeons pas ce titre. En outre, les docteurs en médecine qui étudient les maladies de la bouche deviennent chaque année plus nombreux. Je n'en veux pour preuve que le nombre de thèses soutenues dans ces derniers temps sur des sujets d'odontologie, et en l'absence de tout enseignement officiel. Ce que je crois d'ailleurs pouvoir prédire, c'est un rapide envahissement de la profession de dentiste si on veut en relever la dignité, en la réservant exclusivement à des diplômés en médecine. Pour ma part, je connais bien de jeunes médecins qui, tout en recherchant une clientèle, ne voudraient pas, dans l'état actuel des choses, se consacrer aux maladies de la bouche et des dents, de crainte d'être confondus avec des praticiens sans garantie, quelquefois même peu recommandables, en un mot avec des charlatans.

Que de pauvres médecins de campagne, maigrement rémunérés, préféreraient exercer l'art dentaire moins pénible et plus lucratif, s'ils savaient ne pas déroger à la dignité de leur diplôme de docteur !

Mais, dira-t-on encore, l'art dentaire exige au point de vue de la prothèse des connaissances mécaniques que ne saurait posséder tout médecin.

Assurément ; mais tout médecin qui veut se spécialiser n'a-t-il pas, une fois ses études classiques terminées, à apprendre pour ainsi dire en entier le domaine dans lequel il s'est limité ? Ainsi font tous nos spécialistes. Peu nous importe, au reste, que le dentiste confectionne lui-même ses appareils. Est-ce que le chirurgien les fabrique pour redresser la taille ou un membre déviés ?... Il lui suffit de savoir les indications précises de la prothèse, de pouvoir la faire exécuter et l'installer.

Croyez-vous que les dentistes, tant soit peu occupés, fassent à la fois œuvre de médecin et d'ouvrier, qu'ils fassent eux-mêmes, à la fois, et leur cabinet et leur atelier ? Non, ils n'en auraient pas le temps. A côté de l'odontologie proprement dite, relevant exclusivement du médecin, reste une question de mécanique complètement indépendante, un *métier* pour lequel ne manqueront jamais les bras. C'est ce métier que, sous la surveillance du médecin, il faut laisser au dentiste proprement dit, au *mécanicien dentiste.*

Si je suis parvenu à vous faire partager mon avis, à savoir que le dentiste doit être médecin, ni plus ni moins que tout autre spécialiste, je proposerais à votre appréciation le projet de loi suivant, qui, fort de votre adhésion, ne manquera pas d'être pris en considération par nos législateurs :

Article premier. — Nul ne peut exercer aucune partie quelconque de l'art de guérir sans en avoir obtenu le droit tel qu'il est établi par la loi du 19 ventôse an XI.

Art. 2. — Comme conséquence de l'article premier, nul, à l'avenir, ne pourra prendre le titre, ni exercer la profession de dentiste, sans être muni du diplôme d'officier de santé, ou de docteur en médecine.

Art. 3. — Ne seront point atteints par la présente loi, les dentistes patentés exerçant au moins un an avant sa promulgation.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Rapport sur une observation de thyroïdectomie suivie de guérison. — Rapport sur un mémoire relatif au traitement de la chute de l'utérus par le procédé du cloisonnement du vagin (modification du procédé de M. Léon Le Fort). — Sur un nouveau procédé d'ablation des tumeurs malignes du sein. — Présentation de malade opéré avec succès d'une double hydarthrose rebelle par l'arthrotomie, les injections phéniquées et le drainage.

M. Terrillon, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Delens et Marc Sée, lit un rapport sur une observation de thyroïdectomie suivie de guérison, communiquée par M. le docteur L.-G. Richelot, dans la séance du 22 décembre 1880.

Le sujet de cette observation, qui sera publiée par l'Union Médicale, est une jeune femme de 25 ans, qui portait un goître accompagné de tous les symptômes de la forme suffocante : dyspnée, dysphagie, altération de la voix, troubles circulatoires et nerveux. On n'avait qu'à choisir entre l'inaction et l'intervention radicale, en se rappelant que, en présence d'une hypertrophie thyroïdienne à marche envahissante, inaccessible aux méthodes palliatives, attendre c'est compromettre la vie des malades et le succès de la thyroïdectomie.

L'opération fut résolue; retardée par une poussée inflammatoire qui dura du 1er au 8 septembre 1880, elle fut pratiquée le 11 de ce mois et dura deux heures. Application rigoureuse du pansement de Lister.

Pendant les jours suivants se manifestèrent une dysphagie prononcée et fort pénible, de la toux et du raclement trachéal, enfin une *aphonie complète*. Guérison en cinq semaines et persistance de l'aphonie jusqu'au 2 janvier, époque où la malade se mit à parler, à son grand étonnement, avec un timbre assez net, quoique faible encore. Depuis lors, elle parle sans difficulté, et la voix a repris, petit à petit, une sonorité presque normale, bien que nul traitement n'ait été employé.

L'observation de M. Richelot est donc un exemple de plus à ajouter aux faits déjà très nombreux de succès de cette opération si grave et si difficile, en particulier aux faits communiqués par MM. Tillaux, Ch. Monod, Reverdin, et par M. Terrillon lui-même. Le grand nombre de succès obtenus depuis ces dernières années doit être attribué, suivant M. le rapporteur, à la méthode antiseptique et à la nouvelle méthode d'hémostase, qui consiste dans l'emploi des pinces hémostatiques.

M. Terrillon expose ensuite quelles sont les indications de la thyroïdectomie, les unes tirées de la menace de certains accidents du côté des voies respiratoires ou digestives, les autres d'ordre esthétique et n'ayant pour but que de corriger une difformité plus ou moins prononcée. Les premières seules, est-il besoin de le dire, méritent l'intervention chirurgicale.

M. Terrillon signale l'excellente thèse d'agrégation soutenue en 1880 par M. le docteur Boursier (de Bordeaux), comme le travail le plus complet sur la question.

Le phénomène de l'aphonie complète constatée immédiatement après l'opération et disparue sans traitement, dans l'observation de M. Richelot, appelle particulièrement l'attention de

M. le rapporteur. Les exemples de ce phénomène ne sont pas rares. La rapidité de son apparition en même temps que l'immobilité des cordes vocales, l'ont fait attribuer à la section des nerfs récurrents pendant l'opération. Cependant le retour de la voix au bout de quelque temps semble exclure une lésion grave de ces nerfs. L'aphonie a été observée dans un grand nombre de cas où cependant les chirurgiens avaient pris les précautions les plus minutieuses dans le but d'écarter les nerfs récurrents du champ de l'opération; d'ailleurs on l'a observée même dans les cas où le goître était unilatéral et où la tumeur avait fait dévier la trachée sans empiéter sur la région du nerf opposé. Il est évident que, dans ces cas, on ne peut incriminer la section des deux nerfs récurrents, on pourrait tout au plus penser à la possibilité de la blessure de celui qui correspond à la tumeur. Il est, en somme, très difficile de donner une explication satisfaisante du phénomène en question, car en admettant même une section suivie de la régénération complète du nerf, il faudrait supposer que la même lésion s'est produite identiquement des deux côtés, ce qui semble peu probable. Il se passe donc là un phénomène spécial qui échappe jusqu'à présent à notre interprétation.

M. le rapporteur termine en proposant les conclusions suivantes : 1° voter des remerciements à l'auteur; 2° inscrire son nom dans un rang très honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

Ces conclusions sont adoptées.

A l'occasion du rapport de M. Terrillon, M. Ch. Monod présente une malade à laquelle il a pratiqué, à l'Hôtel-Dieu, la thyroïdectomie pour une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde.

La malade a présenté, après l'opération, à un degré très prononcé, le phénomène du raclement trachéal dont il est question dans l'observation de M. Richelot, et que M. Monod a attribué, dans son cas, à ce que la trachée avait été mise à nu dans la plaie.

Aucun autre accident n'a, d'ailleurs, suivi l'opération, et la malade a été complétement guérie en quinze jours.

M. Guéniot fait un rapport verbal sur un mémoire adressé par M. le docteur Eustache (de Lille), relatif au traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin. Ce travail ne contient pas moins de cinq observations propres à l'auteur, car il paraît qu'à Lille la chute de la matrice est très commune.

Dans les deux premiers cas, M. Eustache a éprouvé un échec, qu'il attribue à ce qu'il aurait trop fidèlement suivi le procédé de M. Léon Le Fort, au point de vue de l'avivement. Suivant le chirurgien de Lille, l'avivement linéaire, tel que le ferait M. Le Fort, serait insuffisant. Il a eu l'idée d'y apporter une modification grâce à laquelle il aurait obtenu trois succès dans les trois opérations qu'il a pratiquées à la suite de ses deux échecs. Cette modification consiste à faire l'avivement non plus linéaire, mais dans une assez large étendue (4 à 5 centimètres), de manière à élargir l'union de la paroi antérieure avec la paroi postérieure du vagin, et à consolider ainsi la colonne que le cloisonnement du vagin établit sous le col de l'utérus pour le soutenir. En outre, dans le même but, M. Eustache donne une beaucoup plus grande étendue, dans le sens vertical, à cet avivement, que dans le procédé de M. Léon Le Fort.

Enfin, au lieu de se servir de fils métalliques qu'il est toujours difficile de retirer, M. Eustache emploie des fils de catgut.

Tout en donnant de justes éloges au travail de l'auteur, M. le rapporteur pense que les échecs de M. Eustache, dans les deux premiers cas, doivent être attribués à l'indocilité des malades plutôt qu'à l'insuffisance du procédé de M. Léon Le Fort. Il estime, en outre, que les trois opérations suivies de succès n'ont pas une date assez ancienne pour que l'on puisse les inscrire au nombre des cas de guérison définitive.

M. Desprès déclare que les opérations pratiquées dans le but de s'opposer à la chute de la matrice, sont toujours et fatalement inutiles, celle de M. Léon Le Fort (qui, pour le dire en passant, n'est qu'une modification de la méthode élythrorrhaphique de Marion Sims) comme les autres. Suivant M. Desprès, la chute de l'utérus n'a pas d'autre cause que l'insuffisance du périnée et du muscle constricteur de la vulve. Le seul moyen de s'y opposer serait de rendre aux femmes un périnée, c'est ce que M. Desprès a cherché à faire en conseillant aux malades de porter une ceinture à pelote périnéale qui soutient le plancher musculaire sur lequel appuie le col utérin. Quand ce plancher est trop étroit, M. Desprès en augmente l'étendue en pratiquant la suture de la portion de la vulve voisine du périnée.

M. Léon Le Fort dit que M. Eustache n'a pas très bien saisi tous les détails de son procédé s'il pense que, dans ce procédé, l'avivement soit un avivement *linéaire*; la vérité est que M. Le Fort pratique un avivement de 2 à 3 centimètres de largeur sur 6 de hauteur, ce qui lui paraît plus que suffisant pour avoir une cloison vaginale solide et qui empêche l'utérus

de tomber. Si M. Eustache a fait dans ses deux premières opérations un avivement réellement *linéaire*, M. Le Fort ne s'étonne pas que ce chirurgien ait eu deux échecs, mais ces échecs ne sont pas imputables au procédé du cloisonnement qui aurait été ainsi mal compris.

Quant à la substitution des fils de catgut aux fils métalliques, M. Le Fort ne la désapprouve pas, bien au contraire; mais on peut très bien, suivant lui, réussir avec des fils ordinaires.

En ce qui concerne les critiques de M. Desprès, M. Le Fort ne croit pas devoir répondre sérieusement à des attaques peu sérieuses. Il lui suffit de savoir que bon nombre de chirurgiens, M. Panas, en particulier, se sont bien trouvés de l'application de son procédé pour se consoler de l'opposition systématique que M. Desprès fait d'ailleurs à toutes les innovations dont il n'est pas lui-même l'auteur.

Quant à l'assimilation du procédé du cloisonnement à la méthode élythrorrhaphique de Marion Sims, M. Le Fort montre qu'il n'existe entre ces deux opérations aucune analogie.

M. Lucas-Championnière a pratiqué une fois avec succès l'élythrorrhaphie de Sims, mais il accorde de beaucoup la préférence au procédé de M. Léon Le Fort, à cause de la supériorité incontestable du cloisonnement du vagin sur les autres méthodes opératoires destinées à s'opposer à la chute de l'utérus.

Quant aux fameuses ceintures de M. Desprès, tous les praticiens savent qu'elles sont absolument inefficaces, et c'est à cause de leur inefficacité depuis longtemps démontrée que l'on a cherché à remédier à leur défaut par des opérations. Dans un cas où il avait affaire à une malade très indocile et qui n'a jamais voulu consentir à porter de ceinture, M. Lucas-Championnière a pratiqué l'opération du cloisonnement, et cette malade, cuisinière de son état, a continué à exercer sa profession sans porter de ceinture et sans que jamais le col de l'utérus soit sorti, la colonne de sustentation fournie par le cloisonnement ayant parfaitement suffi pour la soutenir. La théorie de M. Desprès sur la cause de la chute de l'utérus qu'il attribue à l'insuffisance du périnée, est parfaitement erronée; ce n'est pas par le périnée que les femmes pèchent et la suture partielle de la vulve par laquelle M. Desprès prétend remédier à la brièveté du plancher périnéal est complètement inutile.

M. Desprès cherche à démontrer que l'utérus ne peut descendre que si le releveur de l'anus, les autres muscles du périnée et le constricteur de la vulve sont insuffisants pour le retenir, mais, malgré ses efforts répétés, il ne parvient pas à se faire comprendre de ses collègues.

M. Trélat dit que les théories anatomo-physiologiques de M. Desprès ne supportent pas l'examen; il est évident que l'utérus descend parce que les liens suspenseurs de l'organe ont perdu leur force et non pas par l'insuffisance des muscles du périnée, du releveur de l'anus et du constricteur de la vulve.

M. Guéniot trouve qu'il y a de l'exagération dans les proposition émises par M. Desprès. Suivant lui, une femme pourrait être privée de périnée sans avoir pour cela une chute de matrice. Le cloisonnement du vagin est une opération très rationnelle et très efficace, car, en réduisant de moitié la capacité du vagin et en soutenant l'utérus au moyen d'une large et longue cloison, elle l'empêche efficacement de descendre.

— M. Kyrmisson, chirurgien des hôpitaux, lit un travail très intéressant sur un nouveau mode opératoire qu'il propose pour l'ablation des tumeurs malignes du sein.

Le procédé qu'il recommande se résume, en définitive, dans l'ablation complète de la glande mammaire et de tous les ganglions et vaisseaux lymphatiques du voisinage, c'est-à-dire de tout ce que M. le professeur Verneuil a si justement désigné sous le nom de *zone suspecte*.

— M. Nicaise présente un malade auquel il a pratiqué avec succès, pour une double hydarthrose rebelle, l'arthrotomie, les injections phéniquées et le drainage.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 18 ans, atteint depuis quatre ans d'une hydarthrose des deux genoux, et qui avait inutilement, pendant tout ce temps, subi les divers traitements usités dans l'hydarthrose : immobilité, compression, teinture d'iode, vésicatoires, etc.

Entré dans le service de M. Nicaise, ce chirurgien lui fit de nouveau parcourir, sans plus de fruit, toute la filière des traitements déjà inutilement employés.

De guerre lasse, il se décida à recourir à un traitement plus radical. Il pratiqua d'abord l'opération de l'arthrotomie dans le genou gauche, qui était le plus gravement atteint. L'ouverture de l'articulation fut suivie d'injections d'une solution phéniquée au quarantième et de l'application d'un tube à drainage. Le membre avait été placé dans une gouttière.

Dès le quatrième jour, le drain put être enlevé; au dixième jour, la gouttière fut supprimée et, le dix-huitième jour, la guérison était complète.

Avant d'opérer le genou droit, M. Nicaise attendit plusieurs mois. Il pratiqua cette seconde opération le 18 octobre; il employa le même mode opératoire : incision, lavages phéniqués et drainage. Le résultat fut identique au précédent.

Aujourd'hui, ainsi que l'on peut le constater, le malade se trouve complètement guéri ; les deux articulations ont repris leurs fonctions normales, sauf le genou droit, le plus récemment opéré, dans lequel il reste encore un peu de raideur.

M. Marc Sée dit qu'avant de recourir à une si grave opération, M. Nicaise eût peut-être bien fait d'employer la compression à l'aide de la bande élastique en caoutchouc. Ce moyen inoffensif lui a donné d'excellents résultats dans des cas où toutes les médications habituelles avaient complètement échoué. Il suffit le plus ordinairement d'une application de la bande en caoutchouc pendant huit ou quinze jours, en moyenne, pour arriver à la guérison.

M. Delens a vu Chassaignac pratiquer des injections iodées dans l'articulation du genou sans provoquer le moindre accident inflammatoire. Il a été témoin, dans le service de Chassaignac, de huit ou neuf cas de guérison d'hydarthrose du genou ainsi obtenus.

Dans un cas où il existait une fracture méconnue de la rotule, avec épanchement sanguin dans la cavité articulaire, une injection iodée n'a déterminé aucun accident et n'a pas empêché la guérison.

M. Le Dentu a employé, dans deux cas d'hydarthrose du genou, le traitement par la ponction et l'injection phéniquée au vingtième, et il a obtenu la guérison alors que tous les autres modes de traitement avaient échoué. Il vient de faire tout récemment encore la même opération, dont il attend les mêmes résultats.

M. Nicaise considère le traitement par les injections iodées comme plus dangereux que l'arthrotomie avec lavages phéniqués et drainage; il pense que le séjour des liquides dans l'articulation expose davantage aux accidents inflammatoires; le tube à drainage a pour effet d'empêcher le séjour des liquides morbides dans la cavité articulaire. On a vu, dans plusieurs cas, les injections iodées dans l'articulation produire des désordres considérables.

Suivant M. Nicaise, chaque fois que l'on détermine une arthrite thérapeutique, si l'on peut ainsi dire, on doit mettre un tube à drainage pour favoriser l'écoulement des liquides et les empêcher de séjourner dans l'articulation.

M. Nicaise a constaté chez son malade un fait qu'il croit digne d'être signalé. Chaque fois que l'injection de la solution phéniquée au quarantième a été faite dans le genou, après l'incision, il s'est produit, le lendemain, un gonflement douloureux des ganglions de l'aine et sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui y aboutissent. Ce phénomène, qui a fait craindre tout d'abord à M. Nicaise l'apparition d'un érysipèle, s'est, du reste, dissipé spontanément, sans aucune médication.

Dr A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## FORMULAIRE

### Injection contre la sciatique. — Lereboullet.

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de morphine . . . . . . . . | 0 gr 30 centigr. |
| Sulfate neutre d'atropine. . . . . . . . . | 0 gr.02 centigr. |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . . . | 10 grammes. |

Faites dissoudre. On a de cette manière une solution qui renferme par centimètre cube, trois centigrammes de chlorhydrate de morphine et deux milligrammes de sulfate neutre d'atropine. Toutes les six heures, jusqu'à ce qu'il survienne un amendement notable de la douleur, on injecte la moitié du contenu de la seringue de Pravaz, c'est-à-dire un demi-centimètre cube de la solution, dans le tissu cellulaire de la face postérieure de la cuisse, depuis la grande échancrure sciatique jusqu'au niveau du creux poplité. On arrive ainsi rapidement à produire du soulagement, sans déterminer les accidents d'intolérance que provoque si souvent l'absorption de la morphine. — N. G.

Erratum. — Dans le formulaire du n° 157, au lieu de : *Résine de copahu :* 30 grammes, il faut lire : *Résine de copahu :* 3 parties; et au lieu d'*Huile d'amandes douces :* 20 grammes, il faut lire : 2 parties. — La préparation des capsules de résine au copahu est officinale et ne se prête pas à la manipulation d'aussi petites quantités que celles indiquées dans le formulaire du n° 157.

## COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

DÉMISSION DE M. VULPIAN. — NOMINATION DU NOUVEAU DOYEN. — Dans l'assemblée que la Faculté de médecine a tenue jeudi dernier, M. Bouchardat a lu une lettre de M. Vulpian, dans laquelle ce dernier annonce à ses collègues qu'il s'est démis des fonctions de doyen, ainsi que nous l'avons dit à nos lecteurs dans notre numéro du jeudi 17 novembre.

Aussitôt après la lecture de cette lettre, la décision suivante a été votée : « A l'unanimité, la Faculté exprime à son ancien doyen ses regrets de le voir résigner ses fonctions, et ses remerciements pour les services qu'il a rendus pendant son décanat. »

Un décret du 19 novembre, paru dans le *Journal officiel*, nomme M. le professeur Béclard doyen de le Faculté de médccine.

ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — Par décret en date du 15 octobre 1881, le traitement des chargés de cours, qui occupent à titre provisoire une chaire magistrale dans les écoles supérieures de pharmacie, est fixé ainsi qu'il suit : à Paris, 5,500 fr.; dans les départements, 4,500 fr.

Lorsqu'un professeur est autorisé à se faire suppléer, le suppléant reçoit, sur le traitement brut du titulaire, un traitement égal à celui du chargé de cours.

L'application des articles 3, 6, 7, 8, et 9 du décret du 20 août 1881 est étendue aux écoles supérieures de pharmacie.

Le présent décret a son effet depuis le 1er novembre.

LE CHOLÉRA A MÉDINE. — Constantinople, 8 novembre.

« La caravane de pèlerins (au nombre de 10,000), partie de la Mecque, est arrivée à Médine le 10 octobre.

« En route, cette caravane a éprouvé par jour une mortalité de 15 à 20 décès cholériques.

« Le jour de sa rentrée en ville le chiffre des morts s'est élevé à 36. Depuis cette époque le fléau sévit avec violence dans toute la population.

« Le dernier bulletin de la mortalité de la Mecque indique une diminution graduelle et notable de l'épidémie, mais il ne faut pas perdre de vue que cette diminution de décès coïncide avec le départ de la caravane pour Médine. Les fêtes de la ville sainte étant en ce moment à leur apogée, l'agglomération de pèlerins y est très considérable ; et très nombreux, par conséquent, le sacrifice des animaux sur place.

« Les dernières nouvelles des Indes anglaises nous annoncent qu'une épidémie meurtrière de choléra-morbus vient d'éclater à Amretsir, près de Lahore. On parle de 200 à 300 décès par jour. »

(In *Journal d'hygiène*,) Dr STÉCOULIS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 25 novembre 1881.

*Ordre du jour* : Rapport de la commission de la diphthérie, par M. Descroizilles. — M. Rendu, sur l'ecthyma des varioleux. — M. Kiéner, au nom de M. le docteur Richard, note intitulée : 27 ténias inermes chez un même individu. — Discussion à propos du travail de M. Debove sur l'alimentation forcée des phthisiques : MM. Dujardin-Beaumetz et Ferrand.

— M. Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a commencé le 16 novembre ses leçons hebdomadaires de clinique chirurgicale et les continue tous les mercredis à la même heure.

Opérations les lundis et mercredis, à 10 heures.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 22 novembre. — L'Académie aime à bourdonner pendant une demi-heure avant d'écouter les orateurs et de s'intéresser aux discussions. Il est rare qu'elle soit disposée à se recueillir aussitôt après le dépouillement de la correspondance. Aussi est-ce la flatter et lui plaire que de lui présenter un malade qu'elle peut examiner, retourner, poursuivre jusque dans la bibliothèque. Aujourd'hui, c'est M. Lannelongue qui lui fournit un prétexte pour ne pas s'asseoir, dans la personne d'un enfant de 2 mois 1/2 dont les membres sont le siége d'*amputations congénitales*. A peine l'enfant a-t-il fait son apparition, que l'Académie se précipite, se penche curieusement, se groupe avec tumulte, pendant que le présentateur, debout à la tribune, lutte vaillamment contre le bruit des conversations et de la sonnette présidentielle.

Quand M. Lannelongue a fini, l'Académie s'assied; mais cette opération, incompatible avec le silence, dure autant que la lecture d'un rapport de M. Polaillon, dans lequel nous parvenons à distinguer ces mots : résection tibio-tarsienne, conservation de la malléole externe. Il y a quelque temps déjà, l'habile chirurgien nous a lu un fort bon travail sur la même question.

La vraie séance, la séance parlée, s'ouvre avec M. Bouley, qui vient défendre encore une fois l'expérimentation contre les attaques de M. J. Guérin. Aux yeux de ce dernier, l'observation est toute-puissante, l'expérimentation accessoire; mais ne commet-il pas une injustice involontaire, en contestant l'existence indépendante du charbon symptomatique, et rayant ainsi d'un trait de plume, ou plutôt « d'un coup de langue », la découverte des vétérinaires lyonnais, MM. Arloing, Cornevin et Thomas? Non, le charbon symptomatique n'est pas une forme ébauchée, un diminutif pur et simple du charbon bactéridien. C'est une maladie à part, une espèce véritable, caractérisée par ces tumeurs extérieures disséminées que Chabert prenait pour un phénomène critique, pour un effort salutaire de la nature. Le microbe du charbon symptomatique, sa constitution, ses conditions d'existence dans l'organisme ne ressemblent en rien au microbe du charbon bactéridien ou fièvre charbonneuse. Il est une autorité que M. J. Guérin ne reniera pas, c'est celle de M. J. Guérin lui-même : il a dit, avec une remarquable sûreté de vues, que les

# FEUILLETON

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de M. le professeur Laboulbène. — Leçon d'ouverture.

### HISTOIRE DES LIVRES HIPPOCRATIQUES.

Messieurs,

Vous venez entendre le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, et plusieurs d'entre vous pour la première fois. Soyez tous les bienvenus. Vous avez le désir d'apprendre; vous voulez augmenter vos connaissances médicales: je vous y aiderai de toutes mes forces.

L'histoire a un grand attrait. La remarque d'un ancien, que je résume en deux mots, le prouve : *historia delectat;* mais j'ai pris pour devise : *historia utilis*. Je tiens à ce que vous trouviez ici l'instruction médicale solide en même temps que la bibliographie. Je veux, à l'aide de l'histoire, appeler votre attention et vos méditations sur les grands problèmes médicaux et sur l'expérience des siècles, qui renferme des trésors de sagesse. Dans ce but, je vous parlerai aujourd'hui des *Livres hippocratiques*.

Toutefois, avant de commencer cette étude, il convient que je vous fasse connaître l'objet du cours de cette année. Ordinairement, le plan d'un cours vous est indiqué à la fin de la leçon. Le temps presse, vous n'êtes avertis que d'une manière rapide et fort sommaire. Je risque cette innovation de vous renseigner au début, et aussi complètement que possible; j'espère que vous m'approuverez.

formes ébauchées d'une maladie confèrent l'immunité aussi bien que ses formes complètement réalisées. Or, un animal rendu par l'inoculation réfractaire à la bactéridie charbonneuse, ne résiste pas à la bactérie du charbon symptomatique. Ce dernier n'est donc pas une forme ébauchée du charbon bactéridien.

Jusqu'ici l'orateur était clair et précis; mais combien sa parole devient vive et attachante quand, pour montrer la valeur de l'expérimentation, il passe à un autre ordre de faits, et rappelle les discussions interminables qu'a soulevées la contagion de la morve! Les observateurs n'arrivaient à rien; invoquant tour à tour les faits positifs et les faits négatifs, ils disaient oui ou non sans pouvoir s'entendre. L'Académie elle-même avait dit non, lorsqu'un coup de lancette vint éclairer le débat. L'éloquence du vétérinaire Barthélemy ne put rien contre la sagacité et les expériences de Rayer : la contagion de la morve était démontrée. Nous chercherions vainement à donner une idée de la forme spirituelle que M. Bouley a su donner à cette partie de son discours.

M. J. Guérin, si vivement provoqué, ne pouvait rester sans réponse. Dans une courte réplique, il a reproché à son adversaire de confondre « l'expérimentation » avec « l'expérience », de multiplier les foyers d'infection par l'inoculation de la péripneumonie contagieuse, enfin de ne pas l'avoir convaincu de la diversité du charbon symptomatique et du charbon bactéridien.

A notre avis, c'est faire un abus de langage que d'opposer l'observation à l'expérimentation, car celle-ci ne peut donner de résultats valables qu'entre les mains d'un observateur, et l'observation n'est qu'un mot si elle n'embrasse tous les procédés de recherche. Aussi faut-il oublier, dans la brillante discussion qui vient de finir, la lutte plus apparente que réelle entre deux doctrines médicales, et ne retenir que l'importance des faits mis en lumière et le talent des orateurs en présence.

L.-G. R.

---

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Un concours, pour la nomination à huit places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille, sera ouvert le 28 décembre 1881, à 3 heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures du soir jusqu'au 20 décembre inclusivement.

---

Je vous exposerai cette année l'*histoire des maladies populaires de la France,* faisant suite à l'histoire des grandes pandémies, des maladies épidémiques générales, ainsi qu'à l'histoire des maladies parasitaires qui nous ont déjà occupés.

Si j'ai choisi les maladies populaires de notre pays, c'est parce qu'il vous est indispensable de les connaître, parce que vous aurez à les combattre constamment dans votre pratique. Mais, loin de m'arrêter aux seules descriptions de ces maladies, si bien présentées par mes chers collègues, MM. les professeurs de pathologie interne et externe, je chercherai à vous montrer comment la nosographie de ces maladies populaires s'est constituée à travers les âges, comment leur étiologie s'est précisée, et les diverses méthodes de traitement qui leur ont été opposées. C'est par groupes que j'étudierai les maladies populaires, ainsi les pneumonies, les bronchites, les entérites, les hépatites, les néphrites, les accidents des plaies, etc., etc. Et pour ne vous citer qu'un exemple, dans les pneumonies, vous verrez comment la symptomatologie a précédé la localisation anatomique, comment le traitement a été institué, suivant les systèmes médicaux. Vous aurez successivement à apprécier Hippocrate, Galien, Cælius Aurelianus et plusieurs autres, Stoll, Broussais, Rasori, Laënnec, Hahnemann, Todd, etc. Finalement, je vous ferai connaître les variations de l'étiologie et de la thérapeutique, et je vous présenterai l'histoire des systèmes et des doctrines en médecine, avec les maladies populaires de la France.

Vous le savez déjà, ce cours n'est point archaïque. Je m'appuie sur le présent pour remonter au passé, cherchant à voir les choses telles qu'elles sont et vous montrant comment le temps a pu accroître, transformer parfois, perfectionner, c'est-à-dire réformer en améliorant, les connaissances acquises, ce qui constitue le progrès. C'est, je crois, la meilleure manière de vous instruire pratiquement sur l'histoire de la médecine. Grâce aux avis qui me

# CLINIQUE MÉDICALE

**DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR L'ALIMENTATION FORCÉE ;**

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881

Par le Dr M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

Notre troisième malade est dans des conditions plus désavantageuses que les précédents. Il est arrivé à la période ultime de la phthisie pulmonaire, il a de vastes cavernes des deux poumons, il a une laryngite tuberculeuse très avancée et une diarrhée incoercible depuis plusieurs mois.

Nous avons donné à ce phthisique des rations semblables à celles des malades précédents, sauf que nous avons remplacé le lait, qui était mal toléré, par du bouillon. Ici il y eut une diminution de poids qui a été de 50 grammes par jour. En raison de l'état très avancé de la maladie, nous pouvons supposer que nous avons diminué les pertes, sans pouvoir les réparer. C'est là une pure hypothèse, car nous ne savons pas quel était le chiffre des pertes quotidiennes avant d'avoir institué notre régime.

Malgré l'état déplorable de notre malade, qui est condamné à une mort prochaine, un grand nombre de phénomènes se sont modifiés. Les sueurs ont cessé, le sommeil est revenu, la diarrhée qui persistait depuis des mois est très amendée, il n'y a plus de selles diarrhéiques que tous les quatre ou cinq jours.

Voici les résultats de l'analyse comparative de l'urine avant et après vingt et un jours de traitement.

| | | 20 octobre. | 10 novembre. |
|---|---|---|---|
| Volume | | 1,800 | 1,500 |
| Réaction | | acide | très acide. |
| Urée | par 24 heures | 15 gr. 75 | 27 gr. |
| | par litre | 8 gr. 75 | 18 gr. |
| Albuminurie | | traces insignifiantes | augmentée. |

Toutes les réflexions faites précédemment sur le volume de l'urine, la quantité

---

sont donnés et à quelque expérience de l'enseignement, je vous serai utile de la sorte, et, pour vous dire toute ma pensée, vous délaisseriez un cours d'érudition pure, dont la place serait au Collège de France et non dans notre Faculté.

Je vous ai, avec franchise, exposé mes projets et mon but. J'entre immédiatement en matière pour vous parler du plus illustre des médecins grecs, d'Hippocrate, de son époque, et des œuvres médicales qui nous sont parvenues sous son nom.

I

Pour beaucoup d'étudiants, et j'ajoute pour beaucoup trop de médecins, les Livres hippocratiques sont un de ces objets rares et précieux qu'on estime sans les connaître. On en possède un exemplaire, choisi parmi les moins volumineux; on le fait même relier, mais on l'ouvre peu ou point.

Quelle idée doit-on se faire d'Hippocrate et de ses œuvres ? Faut-il admettre, avec des commentateurs enthousiastes, que la Collection hippocratique renferme toute la médecine et la chirurgie, et qu'on y découvre dans un cadre restreint les traits propres aux maladies sous forme de tableaux d'une exécution parfaite? Ce serait une grande erreur. Faut-il voir dans les Œuvres hippocratiques les premiers linéaments de l'art médical et de la science médicale? Non, et la médecine n'a pas commencé avec Hippocrate. Les éloges exagérés, presque ridicules, donnés parfois au grand médecin grec, ont même empêché qu'on se fît une idée juste des services rendus par cet homme de génie. Il ne faut point admirer de parti pris, ni admettre une opinion aveuglément ou de confiance; il faut chercher la vérité dépouillée des ornements et des voiles dont elle est trop souvent enveloppée.

Je viens de vous le dire et je le répète : l'art médical existait bien avant Hippocrate.

de l'urée, l'albuminurie, peuvent être encore appliquées au malade dont nous venons de vous entretenir.

Un phénomène identique a été observé chez nos trois malades, le retour de l'appétit. Ils ont la sensation de la faim, se plaignent lorsque la sonde n'est pas introduite à l'heure habituelle, et ce retour de l'appétit nous fait penser que, prochainement, nous pourrons suspendre le traitement. Il semble que l'inappétence se produise plus facilement chez des malades tombés au-dessous d'un certain niveau; nous avons amélioré l'état général et aussitôt l'inappétence tend à disparaître.

Nous dirons seulement quelques mots des procédés employés. Nous nous sommes servis d'un modèle de sonde imaginé par nous, et que nous vous avons déjà présenté; il nous paraît commode; mais, avec d'autres instruments, on arrive évidemment au même but. Chez le premier et le troisième de nos malades, nous avons toujours lavé l'estomac avant d'introduire les aliments; nous nous en sommes abstenu chez le second, ce qui montre bien que les résultats ne sont point dus au lavage.

Nous avons introduit des aliments liquides, lait, bouillon (chez le troisième malade, le lait lui donnant la diarrhée), nous y avons ajouté de la viande crue finement râpée, tenue en suspension, et des œufs battus. Ce régime alimentaire nous paraît convenable; il n'a guère besoin d'être changé, puisque nous n'avons pas à craindre le dégoût résultant d'une alimentation uniforme. On pourrait ajouter diverses substances médicamenteuses, et, chez notre troisième malade, nous avons souvent ajouté à la ration une bonne dose de sous-nitrate de bismuth pour combattre la diarrhée.

Les bienfaits de notre médication se sont traduits d'une façon si évidente qu'il nous paraît inutile d'y insister. Ils ont suivi immédiatement le traitement, et il est bon de remarquer que nos trois malades étaient depuis longtemps dans notre service, soumis au régime de l'hôpital. Il arrive, en effet, fréquemment que de malheureux phthisiques, mal nourris, mal vêtus, mal logés, obligés de travailler pour vivre, éprouvent dès leur entrée à l'hôpital une amélioration qui s'accentue parfois rapidement. Elle doit être attribuée à un régime meilleur, et au repos qu'ils peuvent observer. Sous ces influences, toutes les médications réussissent. Nous croyons

---

Sans vouloir nous occuper présentement des Hindous et des Chinois, chez lesquels des pratiques médicales ont existé depuis l'antiquité la plus reculée, il convient que je vous fasse apprécier la part des Egyptiens et des Grecs dans l'histoire la plus ancienne de la médecine.

Les Égyptiens ont présenté de bonne heure les marques de la civilisation, mais on a eu tort, à mon avis, de les regarder comme enseignant aux Grecs les notions médicales. Les Grecs ont eu un génie propre, et leurs législateurs, ainsi que leurs philosophes, Solon, Démocède, Alcmæon, Démocrite, Aristote, n'ont pas été chercher une voie hors de leur pays.

Oui, l'Égypte a été un foyer de civilisation originale, mais les hiéroglyphes déchiffrés n'ont révélé ni une érudition ni des idées supérieures. L'Égypte était comme emmaillotée dans ses coutumes antiques, et comme figée dans un moule inextensible; ses monuments ont un type unique, colossal, mais dénué de goût. Les masses des obélisques ont été mises en jeu, non par d'ingénieuses machines, mais à force de bras. Les divinités égyptiennes, raides, avec les jambes serrées et les mains collées aux genoux, représentent l'immobilité et non la vie. L'aspect de l'Égypte est sévère, mystérieux, sans poésie gracieuse.

Tout autre était la Grèce. Sa situation géographique ainsi que la configuration de son sol permettaient à ses habitants d'occuper le territoire, de voyager facilement, de défendre leur indépendance. Des ports, des îles nombreuses portaient les peuplades à la navigation et au commerce. Un beau ciel, un sol fertile, une température moyenne, facilitaient le développement des hautes facultés, car plus l'homme est loin des nécessités de la vie, plus son intelligence est libre. Les Achéens, partis de la Thessalie, avaient sous le nom d'Hellènes conquis et soumis la contrée; ils étaient passionnés pour la guerre et la poésie; les chants d'Homère nous donnent l'idée d'une civilisation grecque remarquable. La guerre y était terrible, sans pitié pour les vaincus, mais la poésie célèbre les dieux, les héros, les combats, les merveilles

avoir évité cette cause d'erreur, nos malades étant depuis plusieurs mois dans nos salles.

En terminant, permettez-nous de vous signaler l'importance que pourrait avoir l'alimentation forcée dans nombre de maladies chroniques avec anorexie et dégoût prononcé des aliments; la maladie peut, jusqu'à un certain point, être comparée à un parasite qui se développe plus facilement sur un organisme débilité, et rétrocède lorsque nous avons réussi à améliorer l'état général du malade. Nous en citons un exemple.

Nous avons eu l'hiver dernier à soigner une hystérique présentant des accidents très graves, et notamment un spasme du pharynx. Depuis plusieurs mois, elle ne mangeait plus; elle était dans un état de débilité extrême. Nous dûmes introduire les aliments par la sonde; on en augmenta progressivement la dose; on finit par la forcer. La malade reprit à vue d'œil, et le jour où elle fut suffisamment grasse, où ses joues reprirent leur couleur normale, les accidents hystériques disparurent. Nous disons les accidents hystériques et non l'hystérie.

Un régime non varié, tel que le régime lacté, peut amener l'anorexie. Nous soignons un malade atteint d'ulcère simple de l'estomac et tombé dans un état déplorable. Il avait été grandement amélioré par le régime lacté, mais le lait lui était devenu odieux, et il ne pouvait plus en tolérer un quart de verre; d'un autre côté, s'il reprenait le régime ordinaire, des accidents gastriques, douleurs, vomissements, apparaissaient aussitôt. Nous avons introduit le lait par la sonde; il est admirablement toléré. Le malade se sonde lui-même trois fois par jour. Mais il y a ici une petite difficulté : il fallait, pour que cet homme qui travaille et a besoin de travailler fût suffisamment soutenu, il fallait prescrire six litres de lait, autrement dit sonder six fois, car il ne nous paraît pas d'une bonne pratique d'introduire plus d'un litre de lait d'un seul coup. Nous faisons mélanger au lait naturel une certaine quantité de lait concentré conservé; nous avons ainsi deux litres de lait sous volume d'un seul. Le malade se trouve admirablement de la méthode suivie; il a augmenté de 3 kilogrammes en neuf jours. Signalons en passant qu'on pourrait agir de même dans les cas de dysenterie chronique, où il est si important de maintenir le régime lacté, et où il est si difficile aux malades de le tolérer.

Les résultats encourageants que nous avons obtenus détermineront, nous l'espé-

---

des lointains voyages; elle crée des dieux mêlés aux hommes. Ce sont des hommes divinisés, car ils en ont les passions et les faiblesses; ils resplendissent de grâce, de grandeur, de majesté. Apollon, le dieu de la lumière et de la poésie, est aussi le dieu de la médecine, il est le père des Muses et d'Esculape qui a lui-même deux fils, Machaon et Podalire, qui se signalent à la prise de Troie.

Mon prédécesseur Daremberg a cherché avec soin la caractéristique de la période depuis l'an 600 avant notre ère jusqu'à Hippocrate; il a cru pouvoir établir que le mysticisme médical des Orientaux prédomina d'abord chez les Grecs, qu'il s'affaiblit ensuite sous l'influence de l'esprit militaire, que la médecine hiératique prit un nouvel essor quand on éleva des temples ou Asclépions (Ἀσκληπιεῖον, temple d'Esculape). Les principaux temples furent ceux de Titane, de Tricca, d'Épidaure, de Cos, de Pergame. Ils n'eurent point la même célébrité; celui d'Epidaure fut longtemps le plus fameux, puis il céda le pas à Cos. Ces temples, construits non loin des rivages de la mer, près des sources vives, étaient desservis par les Asclépiades soignant les malades.

Les Asclépiades laïques enseignaient la médecine en même temps qu'ils la pratiquaient; leurs écoles étaient placées à côté des temples à Rhodes, à Cos, à Cnide, à Crotone et à Cyrène. Après celle de Cos, l'école de Cnide était la plus célèbre.

Les philosophes eux-mêmes pratiquaient l'art médical. Pythagore fonda une école à Agrigente en Italie. Les médecins voyageurs ou périodeutes (περιοδεύτης) ont été en majeure partie des pythagoriciens.

Littré, dont l'autorité est si grande, reconnaît trois sources de la médecine grecque dans l'âge antéhippocratique. La première vient des prêtres-médecins ou Asclépiades placés dans les temples d'Esculape; la seconde, des philosophes naturalistes ou physiologistes qui s'oc-

rons, un certain nombre de nos collègues à expérimenter une méthode thérapeutique qui ne paraît pas avoir le moindre inconvénient, et a présenté des avantages que nous serions heureux de voir confirmer par vos recherches.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE SECRET MÉDICAL ET LES DÉCLARATIONS DE NAISSANCES;

Note communiquée à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 avril 1881,

Par le docteur LUTAUD, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Je désire appeler un instant l'attention de mes confrères sur une question de jurisprudence médicale qui présente une certaine importance pratique; il s'agit de l'obligation dans laquelle se trouve le médecin de déclarer lui-même la naissance des enfants dont il a assisté la mère dans les cas où, pour une cause quelconque, le père ne peut se charger de ce soin.

Il n'est pas de médecin qui n'ait rencontré dans sa pratique un ou plusieurs cas de ce genre. Il a dû alors se conformer aux prescriptions des articles 55, 56 et 57 du Code civil ainsi conçus :

Code civil : « ART. 55. — Les déclarations de naissances seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu. L'enfant lui sera présenté.

ART. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, *par les docteurs en médecine ou en chirurgie*, *sages-femmes*, *officiers de santé* ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée. L'acte de naissance sera rédigé de suite en présence de deux témoins.

ART. 57. — L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés; les prénoms, nom, profession et domicile des père et mère et ceux des témoins. »

L'omission de la déclaration expose du reste le médecin à une peine relativement sévère formulée par l'article 346 du Code pénal qui s'exprime ainsi :

« ART. 346. — Toute personne qui ayant assisté à un accouchement n'aurait pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois de prison et d'une amende 16 à 300 fr. »

---

cupaient de l'étude de la nature, contemplant l'univers et ses phénomènes, et qui comprenaient dans leurs recherches l'homme et les maladies. La troisième source provenait des gymnases, établissements où on s'occupait de diviser le régime alimentaire suivant l'âge et la constitution, où la gymnastique par la marche et les exercices fut appliquée au traitement des maladies, au lieu d'être réservée pour les soldats et les athlètes.

Il résulte de ces données historiques abrégées que, longtemps avant Hippocrate, et loin de l'Egypte, la médecine était enseignée, cultivée, que des écoles rivales se disputaient la prédominance, qu'elles étaient suivies par des élèves, et que des notes et des préceptes étaient recueillis sur des tablettes ou sur des peaux d'animaux. Hippocrate, suivant la remarque de Malgaigne, a eu le rôle d'un puissant réformateur et d'un chef d'école; il n'a pas créé la médecine, il n'en a pas été le père, mais bien le législateur.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

### POMMADE CONTRE L'ÉRYSIPÈLE. — DELARUE.

| | |
|---|---|
| Créosote. . . . . . . . . . . . . . . . . . | 4 grammes. |
| Axonge. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 30 — |

Mêlez. — Onctions toutes les deux heures sur les parties affectées. — Boissons fraîches.

N. G.

Cette application de la loi, si simple en apparence, peut présenter plusieurs difficultés assez sérieuses pour le médecin. La plus importante de toutes est celle qui est relative à l'obligation du secret médical.

Le premier point est relatif au nom de la mère que le médecin a le droit de ne pas déclarer lorsque celui-ci lui a été confié dans l'exercice de sa profession et que la personne intéressée l'a prié de ne pas le révéler. Ce point n'est plus contesté aujourd'hui.

Il a été jugé en effet :

1° Que le médecin qui déclare à l'officier de l'état civil un enfant à la naissance duquel il a assisté en qualité d'accoucheur, n'est pas tenu de déclarer le nom de la mère qu'il affirme n'avoir connu que sous le sceau du secret ;

2° Que l'obligation de déclarer la naissance imposée par l'article 346 du Code pénal à toute personne qui a assisté à l'accouchement, est remplie lorsque l'assistant a purement et simplement déclaré le fait matériel de la naissance, conformément à l'article 56 du Code civil ; le déclarant n'est pas tenu de donner en outre les indications exprimées par l'article 57, et, par exemple, de faire connaître le nom de la mère. Qu'il en est spécialement ainsi à l'égard du médecin ou de la sage-femme chez lesquels l'accouchement a eu lieu lorsqu'ils n'ont connu le nom de la mère qu'à raison de l'exercice de leur profession, et que l'article 378 du Code pénal leur impose le secret.

On ne conteste donc plus aujourd'hui au médecin le droit de taire le nom de la mère et de déclarer l'*enfant de père et de mère inconnus*. Mais, par une contradiction inexplicable, les officiers de l'état civil refusent de recevoir la déclaration du médecin lorsque celui-ci croit devoir taire, en même temps que le nom, le domicile de la mère. Il est bien évident, cependant, que le fait de connaître le domicile équivaut à peu près à celui de connaître le nom.

Les employés de la mairie à qui la déclaration est faite pourraient très facilement, s'ils le désiraient, découvrir le nom de la mère s'ils connaissaient son domicile. Malgré les précautions qui peuvent être prises, la mère peut difficilement éviter que sa grossesse ne soit connue dans la maison qu'elle habite. Les circonstances particulières qui accompagnent la délivrance, les visites fréquentes du médecin ou de la sage-femme, sont autant de circonstances qui rendent la connaissance de l'accouchement à peu près inévitable dans la maison, en admettant même qu'elle soit habitée par de nombreux locataires.

Il faut donc de toute nécessité que le médecin qui juge à propos de ne pas faire connaitre le nom de la mère observe la même discrétion en ce qui concerne le domicile.

On sait, en effet, que le silence professionnel est non-seulement recommandé au médecin par les inspirations de sa conscience, mais rigoureusement ordonné par la loi.

Si le fait de la non-déclaration d'un enfant de la part du médecin peut l'exposer à une peine de six jours de prison, la révélation du secret, à lui confié dans l'exercice de sa profession, l'expose à un emprisonnement d'un mois. Il y a donc encore avantage, en admettant qu'il faille goûter de la prison, à ne pas déclarer le domicile.

L'article 378 du Code pénal dit, en effet : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, et qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Il résulte de cet article que le médecin est condamné au secret professionnel, « *hors le cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur.* »

Hâtons-nous de dire que ces cas sont fort rares et se rattachent aux complots contre le chef du Gouvernement ou la sûreté de l'État. Nous pouvons même dire

que le médecin qui refuserait de dénoncer son malade, même dans le cas où la loi l'y oblige, n'enfreindrait pas les lois de l'honneur professionnel.

J'arrive maintenant au fait qui m'est personnel.

Le 19 mars dernier, à sept heures du matin, j'ai accouché une femme d'un enfant du sexe masculin dans des circonstances où je devais, tout en étant chargé de la déclaration de naissance, ne pas faire connaître le nom ni le domicile de la mère.

Le 22 mars, en présence de MM. Chevassus et Monnot, qui ont bien voulu m'assister comme témoins, j'ai présenté cet enfant au bureau de l'état civil de la mairie du IXe arrondissement de Paris. Après avoir fait connaître les noms de l'enfant, je déclarai qu'il était né de père et de mère inconnus. Cette déclaration admise, on me demanda le domicile de la mère. Comme je ne pouvais répondre à cette question, l'employé refusa d'inscrire la naissance de l'enfant sur les registres de l'état civil.

Le maire lui-même, consulté, approuva la conduite de son employé en disant qu'il ne se croyait pas compétent pour faire l'inscription. Rien ne lui prouvait, disait-il, que l'enfant était né dans son arrondissement plutôt que dans un autre. Bref, on refusa d'inscrire mon enfant en me donnant à entendre que je ne tarderais pas à siéger sur les bancs de la police correctionnelle pour infraction à la loi.

En présence de ce refus, je me retirai avec mes témoins. Je me trouvai dans une situation assez perplexe, entre l'article 55 du Code civil, qui m'ordonnait de faire ma déclaration, et l'article 378 du Code pénal, qui m'interdit la révélation d'un secret dont j'étais devenu dépositaire dans l'exercice de ma profession.

Je devais donc ou attendre les poursuites correctionnelles qui m'avaient été annoncées, ou intenter une action civile au maire pour l'obliger à recevoir ma déclaration. La chose méritait réflexion.

Je consultai la jurisprudence, et je constatai avec plaisir que plusieurs jugements favorables à ma cause avaient été prononcés. Plusieurs arrêts de la Cour de cassation, rendus de 1843 à 1845, avaient acquitté des médecins et des sages-femmes qui avaient été condamnés en police correctionnelle pour avoir refusé de faire connaître soit le nom, soit le domicile de leurs accouchées.

Un autre jugement rendu sur la réquisition de Chailly-Honoré, le 15 novembre 1854, avait obligé le maire du IIe arrondissement à recevoir, de la part du célèbre praticien une déclaration de naissance faite dans les mêmes conditions que la mienne.

Plus récemment encore, le 30 décembre 1875, le docteur Berrut a obtenu du tribunal civil de la Seine, contrairement aux conclusions du procureur de la République, un jugement qui obligeait le maire du VIIe arrondissement à inscrire sur les registres de l'état civil une enfant dont notre confrère n'avait pu, pour des motifs professionnels, faire connaître le nom et le domicile de la mère.

Je fus, à cette occasion, voir M. le docteur Berrut. Cet excellent confrère m'engagea vivement à résister, afin de faire prévaloir un principe aussi important. Il me conseilla néanmoins, avant d'intenter un procès à l'officier de l'état civil, d'aller demander l'avis du procureur de la République. Je m'empressai de suivre ce conseil, qui ouvrait une porte à la conciliation.

Nous étions au quatrième jour de l'accouchement, et il n'y avait pas une minute à perdre pour rester dans les délais légaux. Je courus au Palais, où, après avoir été renvoyé de substitut en substitut, je finis par obtenir une audience de l'un d'eux. Je dois avouer qu'il ne savait pas le premier mot de la question. On ouvrit tous les Dalloz et autres traités pour connaître la question ; mais on resta fort indécis. Le parquet n'osait pas se prononcer. Cependant, après avoir longuement délibéré et pris avis en haut lieu, on me remit la lettre suivante pour le maire du IXe arrondissement :

« Monsieur le maire, j'estime que vous devez recevoir la déclaration qui vous a été faite par M. Lutaud, docteur en médecine, de la naissance d'un enfant à vous

présenté, bien que le déclarant se borne à faire connaître que l'enfant est né dans le neuvième arrondissement sans autre désignation plus précise.

« Pour le procureur de la République,

« ROULIER, substitut. »

Une fois en possession de ce document, je me rendis immédiatement à la mairie; mais le temps s'était écoulé et le délai de trois jours venait d'expirer. (On sait que les bureaux des mairies ferment à quatre heures). Le document dont j'étais porteur me fit cependant ouvrir les portes, et les employés de l'état civil consentirent à recevoir ma déclaration qui n'eut lieu que le 23 mars, c'est-à-dire le cinquième jour de la naissance.

Quoi qu'il en soit, je me considère comme très heureux d'avoir pu triompher pacifiquement des difficultés qui n'avaient pu être résolues dans des cas analogues que par la voie des tribunaux. J'ai dû, il est vrai, sacrifier un temps considérable pour arriver à un résultat fort simple; mais je ne regrette pas mon temps et mes efforts si j'ai pu, comme je le crois, contribuer à élucider cette importante question du secret médical dans ses relations avec les déclarations de naissances que la loi rend obligatoires pour le médecin.

Je crois, en effet, que le document que j'ai obtenu du parquet, joint aux jugements prononcés antérieurement par les tribunaux tranchent définitivement la question, et que les médecins ne rencontreront plus de résistance de la part de l'état civil lorsqu'ils auront à déclarer des enfants *de parents et de domicile inconnus.* Il serait néanmoins à désirer que les maires de chaque commune de France, et principalement des grandes villes, reçoivent des instructions précises à cet égard, afin d'éviter les incertitudes, les discussions et les démarches inutiles auxquelles le praticien se trouve aujourd'hui exposé lorsqu'il ne fait qu'accomplir son devoir et se conformer aux prescriptions du Code.

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

**Séance du 22 novembre 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.**

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. le docteur A. Foville, pour la section des associés libres, et de M. le docteur Auguste Ollivier pour la section de pathologie médicale.

2° Une note de M. le docteur Simorre, sur le traitement de la pneumonie par la saignée fréquemment répétée.

3° Une note de M. le docteur Pigeon, de Fourchambault, intitulée : *Contribution à l'étude du croup.*

4° Une lettre de M. le docteur Burcq, relative aux modifications apportées à l'aide de divers instruments de son invention, dans les effets des exercices musculaires.

5° Un rapport sur le service médical de la quatrième division à l'hôpital militaire de Bourbonne pendant l'année 1881, par M. Mabbout, médecin-major.

—

M. Jules ROCHARD présente, au nom de M. le professeur Fonssagrives (de Montpellier), l'article *Opium*, extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

M. CHEREAU offre en hommage l'article *Sorcellerie*, extrait du même Dictionnaire.

M. CHATIN présente, au nom de M. Ladreit (de Dijon), une brochure intitulée : *L'art de faire du vin.*

M. PETER présente, au nom de M. le docteur Vergely (de Bordeaux), un travail très remarquable sur les rapports de l'angine de poitrine avec le diabète. Voici les conclusions de ce travail :

1° Les accès d'angine de poitrine peuvent se montrer dans le courant du diabète.

2° Les accès d'angine de poitrine, peuvent être simples ou associés à des névralgies intermittentes.

3° Ils peuvent se montrer indépendamment de toute affection cardiaque.

4° Il importe, en présence d'un accès d'angine de poitrine, d'examiner avec soin les urines pour s'assurer si cette névrose ou cette névralgie n'est pas liée au diabète.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente : 1° au nom de M. le docteur Debierre, une brochure intitulée : *Du décollement rétinien et de son traitement;* — 2° au nom de MM. les docteurs Tourneur et Martin, un travail ayant pour titre : *Contribution à l'histoire du spina bifida.*

M. BLOT présente, au nom de M. le docteur Adrien Simon, une brochure intitulée : *Étude sur la ligature élastique* (prix Godard).

—

M. le docteur LANNELONGUE présente un enfant chez lequel il a observé une anomalie de trois membres par défaut (amputation congénitale des auteurs).

Cette observation, dont nous regrettons de ne pas avoir trouvé le manuscrit au secrétariat, est renvoyée à une commission composée de MM. Verneuil, Tillaux et Duplay.

—

M. POLAILLON lit un rapport sur une observation de M. Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, intitulée : *Modification au procédé ordinaire de la résection tibio-tarsienne dans certains cas de fractures compliquées du cou-de-pied,* accompagnée de réflexions où il annonce qu'il a pratiqué une opération semblable à celle que M. Polaillon a communiquée à l'Académie dans la séance du 20 septembre dernier.

M. le rapporteur discute d'abord la question de priorité ; il n'hésite pas à reconnaître que l'opération de M. Demons est antérieure à la sienne ; mais la priorité n'appartient en réalité ni à M. Demons, ni à lui ; il faudrait la faire remonter à M. Richet ; et même peut-être, si l'on voulait compulser toutes les observations de résection tibio-tarsienne publiées en France et à l'étranger, découvrirait-on qu'avant M. Richet, quelque chirurgien, trouvant la malléole péronière intacte, a conçu et exécuté le projet de la laisser attachée à l'astragale ; mais cette conception, si elle a existé, ne s'était pas répandue et était restée stérile pour la médecine opératoire, lorsque M. Richet la mit à exécution en 1874.

Si l'idée première de la conservation de la malléole externe dans la résection tibio-tarsienne n'appartient ni à M. Demons, ni à moi, dit en terminant M. Polaillon, qu'il me soit permis de dire qne nous avons contribué l'un et l'autre à la répandre.

Quoi qu'il en soit, l'observation de notre confrère de Bordeaux présente un vif intérêt, parce qu'elle confirme l'utilité de la conservation de la malléole externe dans la résection de l'extrémité inférieure des divers os de la jambe.

—

M. BOULEY rappelle qu'une discussion s'est élevée entre lui et MM. Leblanc et J. Guérin à propos d'une communication qu'il fit, il y a quelque temps, sur l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes.

Il crut devoir, chemin faisant, citer ce fait comme un exemple de la supériorité de l'expérimentation sur l'observation, comme méthode d'arriver à la découverte des vérités scientifiques.

Cette proposition fut contestée par M. Jules Guérin, qui voulut démontrer au contraire que l'expérimentation est bien inférieure à l'observation, et qu'elle n'est, en réalité, que l'humble servante de cette dernière méthode.

M. Bouley pense que l'on doit considérer l'observation et l'expérimentation comme deux procédés d'arriver à la connaissance de la vérité, procédés qui se complètent l'un par l'autre. Toutefois, le vrai motif qui a porté M. Bouley à la tribune n'est pas de se livrer à une dissertation de philosophie médicale. Il a voulu surtout réparer un déni de justice commis par M. Jules Guérin au préjudice de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, ces habiles expérimentateurs qui viennent de faire une véritable découverte en montrant expérimentalement que le charbon symptomatique diffère essentiellement du charbon bactéridien ou fièvre charbonneuse, et qu'il est possible de prévenir cette maladie par l'inoculation intra-veineuse du virus particulier qui la produit.

Le charbon symptomatique ne serait donc pas, comme le prétend à tort M. Jules Guérin, une simple forme atténuée, une *ébauche* du charbon bactéridien ; c'est une maladie complètement différente.

On confondait autrefois, en médecine vétérinaire, une foule d'affections diverses sous le nom de charbon. Chabert, le premier, distingua trois variétés de charbon, et principalement la maladie désignée sous le nom de fièvre charbonneuse, caractérisée par divers symptômes généraux, et la variété dite charbon symptomatique, caractérisée surtout par des tumeurs extérieures, avec réaction fébrile médiocre. Mais Chabert, imbu des idées d'Hippocrate, ne vit, dans les tumeurs du charbon symptomatique, qu'un phénomène critique. Il ne reconnut pas la véritable nature de la maladie. Il existe, entre le charbon bactéridien (fièvre charbon-

neuse) et le charbon bactérien (charbon symptomatique), de nombreuses et grandes différences :

1° Le microbe du charbon bactéridien, la bactéridie, se présente sous la forme d'une baguette ou d'un bâtonnet qui garde une immobilité absolue ;

2° Le microbe du charbon bactérien, la bactérie, est, au contraire, remarquable par son extrême mobilité.

La bactéridie infecte le sang de l'animal dans lequel on la constate en quantité prodigieuse ; la bactérie, au contraire, est extrêmement rare, et c'est à peine s'il est possible de la découvrir dans le sang.

Il est très difficile de communiquer le charbon symptomatique par l'inoculation. La bactérie se rencontre concentrée dans les tumeurs qui caractérisent le charbon symptomatique et qui se trouvent principalement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La bactéridie charbonneuse ne passe jamais du sang de la mère dans celui du fœtus ; tandis que MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont rencontré souvent la bactérie du charbon symptomatique chez des fœtus dont la mère était affectée de cette variété de charbon.

La bactéridie introduite dans le sang s'y multiplie avec une extrême facilité ; la bactérie du charbon symptomatique, au contraire, ne trouve pas dans le sang un milieu favorable à son développement. Elle développe dans l'organisme de l'animal une fièvre très légère, passagère, à la suite de laquelle l'animal est doué de l'immunité contre cette maladie, qui fait périr chaque année un grand nombre d'animaux.

L'inoculation sur place du virus du charbon symptomatique détermine une tumeur emphysémateuse dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est un microbe anaérobie, et cette particularité explique l'existence de l'emphysème, car celui-ci est produit par l'acide carbonique résultant de la fermentation causée par le microbe.

L'animal chez lequel le charbon symptomatique s'est développé spontanément peut continuer à vivre ; mais s'il survient une contusion, il se produit une ecchymose dans les tissus, le mélange de la bactérie avec le sang détermine l'infection générale et la mort.

Il en est de même lorsque le charbon symptomatique s'est développé sous l'influence de l'inoculation intra-veineuse ; l'animal ainsi inoculé, s'il vient à éprouver une contusion, une ecchymose sous-cutanée, si, en un mot, la bactérie injectée dans le sang sort de ce liquide et passe dans le tissu cellulaire, elle trouve là les conditions de son développement, et, dès lors, se généralise et infecte l'organisme.

Quand on injecte le charbon symptomatique dans les veines, on donne l'immunité contre le charbon symptomatique, mais on ne la donne pas contre le charbon bactéridien, et *vice versà*, le charbon bactéridien ne donne pas l'immunité contre le charbon symptomatique. Le charbon symptomatique et le charbon bactéridien sont donc deux maladies différentes.

C'est là ce qu'ont démontré les expériences de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, et c'est là un exemple qui démontre, suivant M. Bouley, la supériorité de l'expérimentation sur la simple observation. Etant donné la notion expérimentale de la nature d'une maladie, on est arrivé à la prophylaxie efficace de cette maladie par l'inoculation préventive.

M. Bouley cite d'autres exemples tirés de l'histoire de la morve, maladie dont Rayer démontra expérimentalement l'existence chez l'homme ; de la contagion des accidents secondaires de la syphilis démontrée expérimentalement par Gibert.

Il conclut en disant que l'expérimentation complète l'observation, va au delà de cette dernière et donne la certitude à laquelle celle-ci n'aurait pu atteindre sans elle.

Revenant à la péripneumonie contagieuse, M. Bouley établit que l'observation s'était arrêtée à un point déterminé qui rendait incomplète la notion de la nature de la maladie et surtout de son traitement.

Willems est venu, qui a montré qu'en inoculant une vache sur la queue, avec le virus de la pneumonie contagieuse, on ne détermine que des accidents purement locaux. Si, ensuite, on inocule le même animal, sur une région du corps où, dans les conditions ordinaires, l'inoculation détermine des accidents mortels, on voit que l'animal reste indemne et a été rendu réfractaire par la première inoculation faite sur la queue.

On confère donc l'immunité par l'inoculation *caudale*, et il faut savoir gré à M. Willems d'avoir fait cette importante découverte et d'avoir ainsi élargi le champ de la prophylaxie par l'inoculation.

Enfin M. Jules Guérin a combattu la pratique de l'abatage et des inoculations préventives par un argument extra-scientifique, la commisération pour les animaux. Mais, demande M. Bouley, qu'est-ce que cela peut faire à un bœuf qu'on le tue pour être mangé ou pour l'empêcher de contaminer d'autres animaux ?

M. Jules Guérin nie que l'inoculation préventive des maladies virulentes ait été, comme l'a

dit M. Bouley, contrairement à ce qu'il disait il y a vingt ans, un grand progrès scientifique et économique. Suivant lui, l'expérimentation ne conduit à de réels progrès en médecine que lorsque, se subordonnant à l'observation et guidée par cette dernière, elle donne des résultats qui, combinés avec ceux de l'observation, constituent l'expérience. Il ne faut pas, en effet, confondre l'expérience avec l'expérimentation, qui n'est qu'un simple facteur, facteur secondaire de l'expérience dont l'observation est le principal. L'inoculation préventive, ainsi que l'a déjà dit M. Jules Guérin, a l'inconvénient grave, le danger réel, de semer la maladie qu'elle prétend prévenir, et de créer autant de foyers d'infections qu'il existe d'individus inoculés.

En outre, les animaux inoculés conservent dans leur organisme des stigmates, des restes de la maladie qu'on leur a ainsi communiquée; en ce qui concerne la péripneumonie contagieuse, ces restes peuvent évoluer en tuberculose transmissible aux personnes qui se nourriront de la chair de ces animaux. Il pense que la commisération pour ces animaux, quoi qu'en dise M. Bouley, n'a rien de ridicule quand elle a pour but d'empêcher d'infliger aux animaux des souffrances inutiles ou de les sacrifier sans motif; quand elle a également, et surtout pour but de préserver les hommes de maladies qui peuvent leur être transmises par les animaux préventivement inoculés.

Pour ce qui regarde la non-identité du charbon bactéridien et du charbon symptomatique, M. Jules Guérin n'est nullement convaincu par les expériences de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, soutenus par l'éloquence de M. Bouley. Les maladies en général et les maladies contagieuses en particulier, présentent une multitude de formes variables suivant les circonstances où elles se manifestent. Or, ces formes ne constituent pas des maladies d'espèces différentes, mais de simples variétés. Il n'est pas possible, pour le cas du charbon bactéridien et du charbon symptomatique, de conclure à la non-identité de ces maladies, d'après la différence des microbes et des lésions pathologiques, non plus que par les résultats des expériences. De même qu'il y a des formes ébauchées du choléra, il existe des formes ébauchées du charbon, et le charbon symptomatique en est une.

En résumé, suivant M. Jules Guérin, l'expérimentation, qu'il ne faut pas confondre avec l'expérience, n'a d'autre valeur, comme méthode scientifique, que de contrôler les résultats acquis déjà par l'observation.

En ce qui concerne l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, cette façon de combattre la maladie est, aux yeux de M. Jules Guérin, une méthode dangereuse, parce qu'elle a pour effet de semer la maladie, d'en transporter les germes au loin, de multiplier les foyers d'infection. Ce n'est pas une méthode *préventive*, c'est plutôt une méthode *extensive* de la maladie.

— La séance est levée à cinq heures.

---

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 26 novembre 1881, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, 3 (local de la Société de chirurgie).

*Ordre du jour* : 1° Lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, d'un travail sur l'emploi des courants continus dans un cas d'hydrocéphalie chronique, consécutive à une atteinte de meningite aiguë par M. le docteur E. Mathelin. — 2° Continuation de la lecture d'un travail intitulé : Les archives de la Société de médecine de Paris de l'an IV (1796) à nos jours par M. Rougon, secrétaire archiviste. — 3° Communication d'un cas d'othématome chez un enfant syphilitique par M. Thorens. — 4° Rapport sur la candidature au titre de membre correspondant étranger de M. le docteur de Watteville (de Londres) par M. Lutaud.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra, dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques le dimanche 27 novembre, à 9 heures 1/2 et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure.

Ses leçons porteront plus spécialement, cette année, sur les *dégénérescences intellectuelles* et les *formes chroniques de la folie.*

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'*appareil urinaire* le jeudi 24 novembre, à 8 heures du soir, daus l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Chaque leçon sera accompagnée de *projections photo-micrographiques* d'anatomie pathologique.

---

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# GYNÉCOLOGIE

## CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES,

Par le docteur Th. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu.

### LEÇON D'OUVERTURE.

Messieurs,

Il n'est pas possible de s'occuper de la physiologie et de la pathologie de la femme sans avoir constamment présent à l'esprit ce mot si profond et si vrai de van Helmont : « *Propter solum uterum mulier est id quod est* », non pas qu'il faille l'envisager dans son sens littéral ; mais parce que, dans son acception la plus large et en l'appliquant à l'ensemble du système génital interne, il résume indépendamment de tout ce que l'antiquité avait, depuis les temps hippocratiques, appris, par la tradition, au XVII$^e$ siècle, tout ce que ce siècle plus éclairé et les suivants ont pu permettre de recueillir de notions véritablement scientifiques sur l'organisation de la femme. Et si, aujourd'hui, plus instruits que nos devanciers, nous pouvons pénétrer plus avant dans l'étude de cette organisation, nous sommes cependant toujours obligés de reconnaître que le mot de van Helmont est encore et restera éternellement vrai, à la seule condition de rapporter à l'ovaire ce qu'il dit de l'utérus.

Les faits qui nous permettent d'attribuer maintenant à l'ovaire l'influence prépondérante qui lui appartient n'étaient pas connus avant la fin du XVII$^e$ siècle. Ils nous ont été révélés d'abord par les travaux de Jean de Horne, Regnier de Graaf, Swammerdam, Kerckring, complétés deux cents ans plus tard par ceux de Power, Gerwood, Négrier, Pouchet, Bischoff, etc. (1) : les premiers confirmant cette conception du génie de Harvey : « *Omne animal ex ovo* », et démontrant la présence de l'œuf humain dans l'organe qu'on avait jusque-là si improprement appelé le *testicule de la femme;* les derniers suivant cet œuf dans son évolution, nous faisant assister à sa ponte et établissant, comme l'avait prévu Béclard, la corrélation intime qui existe entre cette ponte périodique et spontanée et le fait même de la conception.

Ces notions récemment acquises, d'anatomie et de physiologie, sont destinées à

(1) Voir l'étude historique qui sert d'introduction à mes *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2$^e$ édition, p. 38 et suiv.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

C'est un littérateur un peu oublié de nos jours qui va me servir aujourd'hui d'introducteur auprès de vous, bien-aimés lecteurs. Des ouvrages assez nombreux de Chamfort, — car c'est de Chamfort que je veux parler, — n'ont guère survécu que ses éloges de Molière et de La Fontaine, qui furent couronnés par l'Académie française et qui lui ouvrirent plus tard les portes de cet illustre cénacle. Comme je n'ai pas la prétention de faire ici un cours de littérature ni d'écrire des biographies, ce n'est qu'avec discrétion et mesure que je dois parler des personnages qui tombent sous ma plume, et qui sont d'ailleurs, plus que moi-même, connus de mes lecteurs.

Or, voici pourquoi Chamfort se trouve aujourd'hui sous le bec de ma plume :

Je viens de dire que Chamfort avait écrit un éloge de La Fontaine. Les nombreux éditeurs et commentateurs des *Fables* de La Fontaine ont largement puisé dans cet éloge, et l'édition dans laquelle je relis au moins une fois par semaine, deux ou trois fables du bonhomme, est bourrée de notes et d'appréciations empruntées à Chamfort, notes et appréciations qui ne sont pas à dédaigner, car c'était un homme d'esprit et de goût, et d'une solide instruction littéraire.

Donc, un de ces soirs, fidèle à ma vieille habitude, j'ouvrais mon La Fontaine et j'allais me livrer à ma lecture hebdomadaire, quand mes yeux sont frappés par une note de Chamfort,

éclairer d'un jour tout nouveau la pathologie des organes auxquels elles se rapportent et nous assistons à la transformation qui doit en être la conséquence. Je suis convaincu, pour ma part, que la clinique n'a pas encore dit son dernier mot à ce sujet, et qu'il lui reste beaucoup à faire pour mettre à profit tous les renseignements qu'elle peut tirer de la physiologie bien comprise et judicieusement interprétée.

Ceux qui ont suivi mes leçons ou qui ont pris connaissance de mes écrits savent combien je me suis toujours efforcé de chercher à éclairer l'une par l'autre la physiologie et la pathologie, dans l'étude de ces délicates et difficiles questions; et vous trouverez dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1854 à 1860 la trace des premiers essais que j'ai entrepris dans cette direction, lorsque j'ai commencé mes recherches sur la pathogénie des hématocèles péri-utérines. Je n'ai donc plus à faire de profession de foi à cet égard, et ce n'est pas au moment ou j'entreprends de continuer à l'Hôtel-Dieu l'enseignement que j'ai inauguré il y a dix-huit ans à la Pitié que je pourrais songer à rien changer aux principes que j'ai suivis jusqu'à ce jour. J'y suis d'autant moins enclin que, au lieu de m'éloigner de ces études spéciales qui ont été la prédilection de toute ma vie, je me suis résolu, en entrant dans cet hôpital, ou doit se terminer ma carrière médicale, à les poursuivre avec d'autant plus d'attention et de soin que je m'en suis peut-être trop souvent laissé distraire par d'autres travaux, intéressants sans doute, mais qui ont eu le tort de me prendre parfois plus de temps que je n'aurais dû leur en consacrer. Je dois donc me décider à mettre ces autres travaux sur le second plan, pour pouvoir mener à bonne fin ceux que j'ai entrepris sur les maladies des femmes et qui péricliteraient faute du temps nécessaire pour les terminer. — Dans le nombre, il en est qui ne se rapportent pas à l'ovaire, mais ce sont ces derniers, je dois bien vous en faire l'aveu, qui ont pour moi le plus d'intérêt et de charme, parce que c'est là le terrain le plus inexploré, celui par conséquent sur lequel on a le plus de chances de faire d'importantes découvertes, aussi bien au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique. Car, si loin que nous soyons allés pour expliquer le mécanisme de la génération, il nous reste encore bien des inconnues à dégager pour nous rendre exactement compte de la façon dont s'accomplit l'acte si mystérieux et si important de la fécondation qui assure le renouvellement et la perpétuité de l'espèce. Il n'est pas douteux que si la physiologie éclaire presque toujours la pathologie, la réciproque est souvent vraie, et que dans le cas particulier dont nous nous occupons, les déviations morbides du travail physiologique peuvent permettre de

---

au bas d'une fable dont je vous parlerai tout à l'heure, note qui se terminait par ces mots : « Molière n'eût pas mieux fait. »

Vous comprenez qu'un pareil jugement me donna l'irrésistible envie de relire cette fable, que j'avais un peu oubliée, il est vrai.

En serait-il de même de vous, chers lecteurs ! Eh bien ! si oui, permettez-moi de vous la remettre en mémoire, vous m'en remercierez, j'en suis sûr :

LE JARDINIER ET SON SEIGNEUR

(Livre IV. — Fable IV.)

Un amateur de jardinage
Demi bourgeois, demi manant,
Possédoit en certain village
Un jardin assez propre et le clos attenant.
Il avoit de plant vif fermé cette étendue :
Là croissoient à plaisir l'oseille et la laitue,
De quoi faire à Margot pour sa fête un bouquet,
Peu de jasmin d'Espagne et force serpolet.
Cette félicité par un lièvre troublée
Fit qu'au seigneur du bourg notre homme se plaignit.
Ce maudit animal vient prendre sa goutée,
Soir et matin, dit-il, et des piéges se rit;
Les pierres, les bâtons y perdent leur crédit :
Il est sorcier, je crois. — Sorcier ! je l'en défie,

reconnaître dans quelles conditions et de quelle manière ce travail doit s'accomplir à l'état normal. Or, comme c'est principalement dans l'ovaire que s'opère ce travail, c'est là surtout que nous devons aller l'étudier. C'est pourquoi les maladies de l'ovaire, si négligées autrefois, alors que l'attention des pathologistes était presque exclusivement concentrée sur l'utérus, sont maintenant l'objet de recherches approfondies de la part du plus grand nombre des auteurs contemporains.

Au premier rang des pathologistes qui sont entrés le plus résolument, et, il faut bien le dire, le plus fructueusement dans cette voie, il convient de citer un auteur anglais, le docteur Tilt, de Londres (1), que nous pouvons bien un peu revendiquer pour l'École de Paris, où il a pris son diplôme de docteur, ainsi, du reste, que son compatriote et son émule M. Bennet qui a été un des premiers à importer en Angleterre le goût des études gynécologiques. Les premiers travaux de M. Tilt, sur la pathologie ovarienne datent de 1848 et de 1850; ils n'ont donc été précédés que par ceux de Négrier et de Chereau, et il les a suivis depuis avec une persévérance qui lui a permis de les compléter d'année en année, si bien qu'en prenant, en 1874, la présidence de la *Société d'obstétrique de Londres*, cet auteur a pu revendiquer légitimement la part qui lui revient dans les progrès que cette partie de la science a réalisés pendant un quart de siècle.

Ces progrès, il les a résumés dans les propositions suivantes :

« I. La fréquence reconnue des lésions inflammatoires de l'ovaire et des tissus adjacents a une importance pratique beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement.

« II. De toutes les lésions inflammatoires de l'ovaire, celles qui entraînent la destruction complète de l'organe sont très rares, tandis que les plus nombreuses, et partant les plus importantes, se rattachent à une maladie que l'on peut appeler ovarite subaiguë ou chronique.

« III. Règle générale, les maladies pelviennes chez la femme dérivent d'un trouble de l'ovulation.

« IV. L'ovulation morbide est la cause la plus féquente d'ovarite.

« V. La pelvi-péritonite dépend habituellement de l'ovarite.

(1) *Sur les progrès de la pathologie pendant les vingt-cinq dernières années.* Traduit de l'anglais par Danlos. (*Annales de gynécologie*, t. I[er] et II, 1874.)

---

Repartit le seigneur : fut-il diable, Miraut,
En dépit de ses tours, l'attrapera bientôt.
Je vous en deferai, bonhomme, sur ma vie.
— Et quand ? — Et dès demain, sans tarder plus longtems.
La partie ainsi faite, il vient avec ses gens.
Ça, dejeunons, dit-il; vos poulets sont-ils tendres ?
La fille du logis, qu'on vous voie; approchez :
Quand la marierons-nous ? Quand aurons-nous des gendres ?
Bon homme, c'est ce coup qu'il faut, vous m'entendez ?
Qu'il faut fouiller à l'escarcelle.
Disant ces mots il fait connaissance avec elle,
Auprès de lui la fait asseoir,
Prend une main, un bras, lève un coin du mouchoir ;
Toutes sottises dont la belle
Se defend avec grand respect ;
Tant qu'au père à la fin cela devient suspect.
Cependant on fricasse, on se rue en cuisine.
De quand sont vos jambons ? Ils ont fort bonne mine.
— Monsieur, ils sont à vous. Vraiment, dit le seigneur,
Je les reçois, et de bon cœur.
Il déjeune très bien ; ainsi fait la famille,
Chiens, chevaux et valets, tous gens bien endentés;
Il commande chez l'hôte, y prend des libertés,
Boit son vin, caresse sa fille.
L'embarras du chasseur succède au déjeuné,
Chacun s'anime et se prépare.

« VI. Du sang tombe fréquemment de l'ovaire ou de l'oviducte dans la cavité pelvienne.

« VII. Une ovarite subaiguë cause et entretient souvent la métrite.

« VIII. L'ovarite subaiguë entraîne souvent des troubles variés et importants de la menstruation.

« IX. Certaines tumeurs chroniques de l'ovaire peuvent être considérées comme des déviations de la structure normale des vésicules de de Graaf. »

Nous aurons par la suite de nombreuses occasions de dire ce qu'il convient de penser de chacune de ces neuf propositions dont plusieurs sont de véritables aphorismes résumant de la façon la plus nette et la plus précise des vérités scientifiques incontestables et incontestées. Elles confirment ce que je vous disais il y a un instant que l'influence exercée par l'ovaire sur l'ensemble du système génital de la femme est tout aussi importante au point de vue pathologique qu'au point de vue physiologique. C'est ce que vous ne devrez jamais oublier, en vous pénétrant bien de cette vérité pour ainsi dire fondamentale, que si l'ensemble de l'organisation de la femme est essentiellement dominé par son système génital, ce dernier est dominé lui-même par l'ovaire, organe absolument prépondérant qui tient tous les autres sous sa dépendance et dont la parfaite intégrité est indispensable pour assurer le bon fonctionnement de tout le système.

C'est bien là véritablement le centre d'où émergent et vers lequel aboutissent toutes les sensations et dont les plus légères modifications retentissent profondément sur tout le reste de l'organisme. Or, ces modifications sont fréquentes et manifestes; elles se reproduisent périodiquement tous les mois par suite du travail physiologique de l'ovulation qui, au moment de la ponte spontanée, ébranle tellement la santé de la femme que si elle n'est pas alors une *blessée*, comme le disait Michelet, elle peut bien être considérée comme une *malade* ou tout au moins comme une *valétudinaire*. Cet état qui dure 5 ou 6 jours sur 30 (au moins un sixième de la vie) qui est plus sérieux encore pendant toute la durée de la gestation et surtout après l'accouchement, se reproduit au même titre quoique à un moindre degré lorsque l'ovaire est impressionné par une influence quelconque, pathologique ou simplement passionnelle, suffisante pour attirer vers lui, en même temps ou séparément, l'influx nerveux et l'afflux sanguin.

Ces sensations auxquelles nulle femme n'échappe et qui l'impressionnent d'au-

---

Les trompes et les cors font un tel tintamarre,
Que le bonhomme est étonné.
Le pis fut que l'on mit en un triste équipage
Le pauvre potager; adieu planches, carreaux,
Adieu chicorées et poireaux,
Adieu de quoi mettre au potage.
Le lièvre était gîté dessous un maître choux.
On le quête, on le lance, il s'enfuit par un trou,
Non pas trou, mais trouée, horrible et large plaie
Que l'on fit à la pauvre haie,
Par ordre du seigneur; car il eût été mal
Q'on n'eût pu du jardin sortir tout à cheval.
Le bon homme disoit : Ce sont là jeux de prince.
Mais on le laissoit dire, et les chiens et les gens
Firent plus de dégât en une heure de temps
Que n'en auroient fait en cent ans
Tous les lièvres de la province.

Petits princes, videz vos débats entre vous;
De recourir aux rois vous seriez de grands fous;
Il ne les faut jamais engager dans vos guerres,
Ni les faire entrer sur vos terres.

Vous désirez maintenant connaître le jugement de Chamfort sur cet apologue? Il n'est pas long, le voici en trois lignes, mais qui en valent cent : « La scène du déjeuner, les questions

tant plus vivement qu'elle est plus chaste et plus réservée, sont la véritable cause de toutes les irrégularités qui constituent le fond de son caractère. La rapidité avec laquelle elles peuvent se succéder nous explique pourquoi ce caractère, qui est si impressionnable, est en même temps si mobile, pourquoi chez la femme le sentiment l'emporte toujours sur le raisonnement. C'est là ce qui la distingue essentiellement de l'homme et ce qui fait, malgré les revendications bruyantes soulevées à ce sujet, que si elle peut être considérée comme ayant les mêmes droits, il ne lui sera jamais possible de remplir les mêmes devoirs.

De cette différence, si manifeste, qui ressort de l'organisation même de l'homme et de la femme, je me garderai bien de conclure à l'infériorité de cette dernière. Tout ce qu'on peut dire, c'est que son rôle dans la société n'est pas et ne pourra jamais être le même que celui de l'homme. Je ne parle pas seulement de la gracilité de ses formes et de sa faiblesse relative, qui la font exclure des rudes travaux corporels, mais j'ai surtout en vue, en ce moment, cette impressionnabilité nerveuse, ayant le plus souvent un caractère maladif, qui rend la femme absolument impropre à l'administration des affaires, pour lesquelles il faut outre l'intelligence qui ne lui manque pas, du raisonnement, de la suite, de la fermeté et surtout de la maturité dans les idées qui ne sont pas compatibles avec ces mouvements d'enthousiasme ou de répulsion, ces sympathies et ces antipathies aussi vives que fugaces dont la femme la mieux douée est presque toujours incapable de se défendre.

Qu'elle renonce donc à une action directe sur les affaires publiques, mais qu'elle sache comprendre combien elle peut et doit en exercer indirectement une bien plus grande que celle qu'elle pourrait jamais légalement obtenir, et cela par l'influence que lui donnent sa double qualité d'épouse et de mère. Cette influence, qui ne paraît pas dépasser les limites du foyer domestique, peut rayonner bien au delà lorsqu'elle est mise au service d'une intelligence élevée; elle doit avoir surtout pour point de départ l'éducation des enfants dont il appartient à une mère instruite et dévouée de savoir faire des hommes. Cela ne vaut-il pas mieux pour elle que de songer à prendre leur place !

Que la femme sache donc garder la sienne, au sein de la famille, où elle est entourée de l'affection et de l'amour dont elle a tant besoin; près de ce foyer domestique où elle règne en souveraine et dont sa santé, si facile à ébranler, ne lui permet pas de s'éloigner. Là elle pourra s'abandonner sans crainte à toutes ses sensa-

---

du seigneur, l'embarras de la jeune fille, l'étonnement respectueux du paysan affligé, tout cela est peint de main de maître. Molière n'eut pas fait mieux. »

Serait-ce aussi votre avis, cher lecteur? J'en serais bien flatté, car c'est le mien, et je trouve cette fable, — ce petit poëme, — simplement admirable. Cependant cette fable n'était pas pour Chamfort le chef-d'œuvre du fabuliste. Il accordait cet éloge à une fable beaucoup plus courte, *Le chêne et le roseau*, dont il a fait cette magnifique appréciation :

« Cet apologue est non seulement le meilleur de ce premier livre, mais il n'y en a peut-être pas de plus achevé dans La Fontaine. Quand on considère qu'il n'y a pas un mot de trop, pas un terme impropre, pas une négligence; que, dans l'espace de trente vers, La Fontaine, en ne faisant que se livrer au courant de sa narration, a pris tous les tons, celui de la poésie la plus gracieuse, celui de la poésie la plus élevée, on ne craint pas d'affirmer que c'est là un des chefs-d'œuvre de la langue et de la littérature françaises. »

Il est assez souvent question, dans les fables de La Fontaine, de la médecine et des médecins. Il ne traite pas toujours ces derniers avec une grande bienveillance, témoin *Le médecin Tant pis et le médecin Tant mieux*. Mais que de fois n'a-t-on pas cité dans les discussions académiques sur les épidémies, ce vers célèbre des *Animaux malades de la peste* :

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

***

De La Fontaine voulez-vous que nous passions à Voltaire? Je savais bien qu'en faisant appel à mes lecteurs je recevrais l'indication du poëme dans lequel Voltaire a si magnifiquement décrit le phénomène de la digestion et de la circulation. L'un de mes bienveillants et de mes plus constants correspondants m'écrit que le passage demandé et qu'il a la bonté de

tions, et celles dont la bizarrerie ne manquerait pas de la compromettre, si elle s'était égarée dans un autre milieu, lui seront toujours pardonnées.

Je ne m'étendrai pas à ce propos dans des développements qui m'entraîneraient trop loin de mon sujet; ce que je viens de dire suffit pour vous avoir fait comprendre combien sont importantes et dignes d'intérêt toutes les questions qui s'y rattachent et vous montrer à quelles cousidérations élevées peut conduire l'étude de l'ovaire, organe tenant anatomiquement si peu de place.

Nous ne pouvons nous rendre exactement compte de l'influence qu'il peut exercer à l'état pathologique qu'à la condition de le bien connaître à l'état physiologique et normal, de ne rien ignorer de ses rapports et de sa structure, et surtout d'avoir assisté aux diverses modifications qui se passent en lui, à l'état sain, afin d'être à même de pouvoir déterminer où cesse cet état sain, où commence l'état pathologique. Il est donc indispensable que je vous arrête un instant sur l'anatomie et la physiologie des ovaires.

(Ces notions d'anatomie et de physiologie sont assez connues des lecteurs de l'UNION MÉDICALE pour qu'il n'y ait aucun intérêt à les reproduire ici. Mais nous donnerons, dans un prochain numéro, la partie de ces *Leçons* qui se rapporte à l'*ovulation spontanée*, ainsi qu'à ses rapports avec la *menstruation* et la *génération*.)

## HYGIÈNE PUBLIQUE

### De la rage à Paris de 1872 à 1877.

Malgré les mesures prescrites par la Préfecture de police, et malgré les instructions rédigées par le Conseil d'hygiène, les cas de rage humaine ne sont que trop fréquents dans la capitale. Le *Rapport général sur les travaux du Conseil d'hygiène du département de la Seine*, rapport dans lequel M. Bezançon, secrétaire du Conseil, a pris soin de réunir, de classer et d'analyser toutes les observations d'hydrophobie, qui ont été déclarées à la Préfecture de police depuis 1872 jusqu'à la fin de l'année 1877, contient de précieux renseignements sur la propagation de cette maladie et d'importantes données cliniques sur son évolution et sa prophylaxie.

Pendant cette période, le Conseil d'hygiène a eu connaissance de 36 cas de rage humaine, dans lesquels la mort a été la terminaison. Sur ce nombre, 25 hommes et seulement 18 femmes furent atteints. De plus, 22 des décédés résidaient dans Paris, 13 dans la banlieue et un

---

me transcrire, sans exiger la récompense honnête, se trouve dans le quatrième discours en vers sur la *Modération*, dédié à Helvétius. Je possède bien une édition de Voltaire, mais les volumes en sont tellement disséminés que ce serait un véritable voyage à entreprendre pour les rassembler, et tout voyage, hélas! m'est interdit par mon Esculape.

Le passage demandé ne se composant que de neuf vers, je peux, sans indiscrétion, vous les rappeler ici, car certainement vous les connaissez :

Demandez à Sylva par quel secret mystère
Ce pain, cet aliment dans mon corps digéré,
Se transforme en un lait doucement préparé;
Comment toujours filtré dans ses routes certaines,
En longs ruisseaux de pourpre il court enfler mes veines;
A mon corps languissant rend un pouvoir nouveau,
Fait palpiter mon cœur, et penser mon cerveau?
Il lève au ciel les yeux, il s'incline, il s'écrie:
Demandez à ce dieu qui nous donna la vie.

Assurément, voilà de beaux vers, et le poëte a su habilement esquiver, par un tour poétique, la technique du sujet. Le naturalisme du jour ne s'accommoderait guère de cette élégance. Comme contraste, voulez-vous que je vous cite quelques vers de cette école moderne? Donc, bouchez-vous les narines :

CLAMART

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dans un coin de Paris, non loin du boulevard

seul hors du département de la Seine. Par rapport à la population, le nombre des cas d'hydrophobie est donc plus considérable dans la zone suburbaine que dans Paris. Il existe d'ailleurs une vérification de ce fait, dans la comparaison que M. Bezançon a faite entre cette statistique et celle des chiens qui ont mordu. La plupart de ces derniers appartenaient à des habitants de la banlieue, c'est-à-dire de la zone où la surveillance est la moins active et où les causes d'hydrophobie sont les plus nombreuses.

La durée de l'*incubation* rabique a été très variable, la plus courte a été de vingt-trois jours, la plus considérable de deux ans et demi. Une question intéressante, sur laquelle malheureusement les données sont incomplètes, est celle de l'*état moral* des malades pendant cette période d'incubation. Chez deux malades, il existait de l'inquiétude sur les conséquences de leur morsure; trois présentaient de l'excitation et un léger état fébrile; enfin le plus grand nombre, c'est-à-dire 16, conservèrent un parfait état d'équilibre moral.

La période de rage confirmée eût une durée comprise entre deux et sept jours, dans les 32 cas où elle fut notée. L'*invasion* de la maladie était brusque et soudaine, sans symptômes prémonitoires. Chez un enfant de 3 ans, on remarqua un telle hyperexcitabilité réflexe que le moindre attouchement provoquait des spasmes violents.

Dans six cas, des douleurs sous la cicatrice des morsures furent constatées, et parmi ces malades, cinq fois on observa de l'irradiation des douleurs dans les diverses régions du corps.

L'angine rabique ne s'est montrée qu'une fois seulement chez une fille de 5 ans 1/2, après une période d'incubation de six mois. Chez les autres malades, il existait de la dysphagie, des spasmes pharyngiens et laryngiens avec une sensation de soif. Dans deux cas seulement, l'hydrophobie a fait défaut. Enfin, chez cinq malades, on a constaté la peur des courants d'air (aérophobie) en même temps que l'hydrophobie, et, chez plusieurs autres, l'augmentation de l'excitation par la vue des objets brillants ou lumineux.

Ces phénomènes cérébraux, quand ils existaient, étaient variables. Tantôt la tristesse, la prostration; tantôt la fureur, le délire ou des hallucinations ont été constatés. Chez deux malades, l'excitation des organes génitaux consistait dans du prurit de la verge et des éjaculations, et, dans un cas, l'éréthisme était tel que l'enfant se livrait à la masturbation.

Les lysses, dont on a voulu faire un symptôme constant de cette maladie, ont fait défaut chez 29 des 36 malades qui sont l'objet de ce rapport.

Dans l'autopsie, qui n'a été pratiquée que 16 fois, on a trouvé de l'hypérémie des méninges et dans les poumons les lésions de l'asphyxie.

Le traitement de la rage confirmée a surtout consisté dans l'emploi des narcotiques, excepté chez un malade où on administra, sans plus de succès, le jaborandi. Les injections hypodermiques de morphine, les lavements de chloral ont été sans action efficace sur la marche des accidents.

M. le docteur Gallard a fait usage, chez un malade de son service, d'injections intraveineuses de chloral hydraté, qui produisirent la cessation des hallucinations et des terreurs;

---

Saint-Marcel, dos à dos avec des tanneries
Qui mêlent leurs senteurs fortes de peaux pourries
Aux puantes odeurs de nos dissections,
Se dressent, isolés, quatre grands pavillons,
Tout autour d'un jardin, aux banales pelouses;
Entrons-y bravement. Les carabins, en blouses,
Et par groupes de cinq, assis modestement
Sur des sièges en bois, dissèquent en fumant;
Les cadavres, tout nus sur la table sanglante,
S'étalent l'œil vitreux, la bouche grimaçante,
Le crâne ouvert et vide, un billot sous le cou,
Ils sont là tout pourris et verdâtres par plaques.
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
Puis, venus on ne sait d'où, dévorant troupeau
Par centaines, les vers grouillant sur les chairs vertes.

Assez, n'est-ce pas, de cette poésie de M. Pierre Infernal, et qui ressemble un peu à celle de Beaudelaire.

*
* *

Revenons à Chapelle et à son rondeau.

Voici ce que m'écrit un ami, confrère et collègue en journalisme, le docteur Bossu, de l'*Abeille médicale*, qui a pu se donner le luxe du *Dictionnaire Larousse*, 500 ou 600 fr., — excusez du peu, — comme disait Rossini :

mais ne diminuèrent pas l'aérophobie. Les injections étaient suivies de ralentissement et de troubles des mouvements respiratoires.

Comme moyens prophylactiques, les cautérisations pratiquées avec l'ammoniaque ont été inefficaces. Les autres caustiques qui furent employés étaient le fer rouge, le nitrate acide de mercure et le nitrate d'argent. On sait que le Conseil d'hygiène, dans l'instruction sur la rage, conseille avec raison l'emploi du fer rouge, de l'acide sulfurique ou du caustique de Vienne.

Telles sont les principales données cliniques qui sont contenues dans la partie du rapport de M. Bezançon qui est consacrée à l'hydrophobie rabique. Ces données sont indispensables à connaître pour l'histoire de la rage humaine. En effet, la statistique ainsi comprise est l'auxiliaire de la clinique. Aussi on ne saurait assez signaler l'importance et l'utilité d'introduire une telle méthode dans les documents officiels, complets en général, mais aussi toujours arides. C'est donc un mérite et une initiative dont on ne peut trop louer l'éminent secrétaire du Conseil d'hygiène.

D[r] Ch. ELOY.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Hernie vaginale d'origine traumatique. Anus contre-nature dans le vagin. Guérison spontanée,* par M. P. PENNEL, interne des hôpitaux. — Voici le résumé de cette très intéressante observation.

Une femme de 25 ans, arrivée au troisième mois de la grossesse, est soumise par une sage-femme à des manœuvres abortives consistant dans l'introduction dans le vagin d'une canule longue de plusieurs centimètres, avec injection d'une solution de sel gris dans l'eau tiède. Trois injections furent ainsi faites à huit jours d'intervalle; elles déterminaient de violentes coliques, et la malade fut prise, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, de pertes sanguines abondantes, sous forme de caillots, et se répétant tous les jours.

Le 9 février, en éternuant, la malade sent une grosseur se former dans le vagin et apparaître entre les grandes lèvres. M. Pennel constate dans l'après-midi la présence d'une anse intestinale hors du vagin, mais il ne peut sentir avec le doigt ni le col utérin, ni le point par lequel a passé cette anse d'intestin. Pas de lésion de la cloison recto-vaginale. La tumeur est facilement réduite en introduisant le doigt dans le vagin, mais elle se reproduit au moindre effort. Aucun des chirurgiens qui examinèrent la malade ne sentit le point d'où était sortie l'anse intestinale, mais M. B. Anger constata la présence hors du vagin de l'appendice iléo-cæcal.

Le 9 et le 10, il n'y eut pas de phénomènes d'obstruction intestinale; quelques nausées seulement; pas de coliques, pas de météorisme, pas de fièvre; issue de gaz par l'anus, mais

---

Aimable docteur Simplice,

Vous publiez dans votre dernière *Causerie* un rondeau que M. le docteur Tartivel vous a communiqué de mémoire, et qui, dites-vous, se trouve dans une notice consacrée à Benserade, par J. Sandeau, dans le *Dictionnaire de la conversation.*

Ce rondeau a pour auteur, probablement, Chapelle, qui attaqua les *Métamorphoses d'Ovide mises en rondeaux* par Benserade. Mais il diffère assez notablement de celui qu'on peut lire dans le *Grand Dictionnaire universel* de Larousse, et qui est attribué positivement à Chapelle.

A. BOSSU.

J'ajoute que le docteur Bossu, que je tiens pour un bon juge, préfère la version de Larousse, qui diffère en plusieurs points de la version du *Dictionnaire de la conversation,* rappelée presque textuellement de mémoire par M. Tartivel. Je regrette de ne pas partager l'opinion de mon cher confrère Bossu, et je me tiens au texte de M. J. Sandeau.

***

Voyons, déridons-nous un peu : Voulez-vous savoir l'influence que le voisinage d'une caserne d'infanterie peut avoir sur une femme, dans une position intéressante. Courbevoie avait été jusqu'à ce jour une petite et paisible ville, dont les habitants tuaient le temps comme ils pouvaient, en bons bourgeois qu'ils ont toujours été. Heureux ! Trop heureux ! Mais voici que tout à coup un bruit étrange parcourt la ville...

Un bruit assez étrange est venu jusqu'à moi...

L'épouse d'un très honorable notable de cette ville venait d'accoucher d'un gros garçon,

pas de selles. L'intestin hernié se mortifie et se crève à la vulve dans l'après-midi du 12; les matières fécales s'échappent en grande quantité par le vagin le 12, le 13 et le 14; par l'anus, il ne sort que des gaz.

Le 15, à deux heures de l'après-midi, la malade rend par le vagin un fœtus d'environ trois mois; des selles liquides continuent de s'écouler par le vagin, mais par l'anus sortent aussi des gaz et un noyau dur de matières fécales. Dans la soirée, des morceaux d'intestin mollasses se détachent et rien ne sort plus par le vagin. A partir de ce moment, les selles ont lieu par l'anus.

Le 18, la malade est en parfait état; au toucher vaginal, le col est gros, mais refermé; on ne sent de perforation ni de cicatrice en aucun point du vagin ou des culs-de-sac. L'examen au spéculum donne le même renseignement sur l'état du vagin.

Retour des règles le 20; le 29, la malade quitte l'hôpital.

M. Pennel, dans les réflexions dont il fait suivre ce récit, regrette de n'avoir pu faire l'examen anatomique pour savoir quels étaient les désordres produits dans le canal vaginal.

Les études que nous avons faites à ce sujet dans notre mémoire *sur l'anus iléo-vaginal*, auquel l'Académie vient de décerner le prix Huguier, et l'analyse de l'observation de M. Pennel, nous permettent de résoudre cette question.

D'abord le canal vaginal était intact. L'examen par le toucher n'a jamais pu faire constater la déchirure vaginale, ni avant ni après la mortification et la séparation de l'anse herniée. L'examen au spéculum, trois jours après la chute de l'intestin, ne montre non plus ni perforation ni cicatrice dans le vagin. Or, si la paroi de ce canal avait été assez lésée pour laisser passer une anse intestinale, qui était ou le cœcum ou la terminaison de l'intestin grêle, il serait évidemment resté trace de cette lésion au bout de trois jours.

D'autre part, si l'anus anormal eût occupé le vagin, on ne comprend pas bien comment il se serait fermé en trois jours. Dans aucun des cas que nous avons recueillis, jamais cette occlusion ne s'est effectuée d'une manière aussi rapide. Elle s'explique au contraire à merveille en admettant un anus intestino-utérin.

L'observation dit en effet que, jusqu'au moment de l'issue du fœtus, les matières fécales se sont entièrement écoulées par le vagin, et que, quelques heures après l'expulsion du fœtus, l'intestin est tombé, l'écoulement vaginal a cessé, et les selles se sont rétablies par la voie naturelle. Ceci doit s'expliquer de la manière suivante: l'expulsion du fœtus hors de la matrice a été suivie de la rétraction de cet organe; la boutonnière qui avait donné passage à l'anse intestinale s'est resserrée, l'anse intestinale déjà gangrénée a été en quelque sorte sectionnée par le tissu utérin contracté, lequel du même coup fermait la communication établie entre l'intestin et la matrice. S'il n'est survenu aucun accident du côté de l'abdomen, c'est qu'au moment de la rupture de l'utérus, l'anse intestinale qui s'y est engagée a prévenu tout épanchement dans la cavité abdominale, et qu'au moment de sa chute cette anse avait contracté avec le pourtour de la rupture des adhérences solides, comme cela se

---

beau comme le jour, comme on dit dans les contes de fées, admirablement conformé... Mais... Et toute la ville, les femmes les premières, de courir et de mettre le siège devant la maison de l'accouchée, Ah! c'est que le fait était curieux, rare, pyramidal, épatant!...

Je vous le donne en cent... Je vous le donne en...

Vous ne devinez pas? Et qui devinerait?...

Ce gros garçon, ce beau garçon, cet Antinoüs de garçon, porte admirablement, nettement, purement dessiné sur le front... Ne riez pas, mesdames... Mais quoi? Mais quoi?...

(En chœur.) Un pompon de militaire!

La ville entière en est bouleversée, émerveillée. Tout le monde veut voir, particulièrement les femmes, le pompon...

Mais pourquoi? Mais pourquoi?

Le mari se le demande.

Toujours est-il que les fenêtres de la chambre de l'accouchée donnent sur la cour de la caserne d'infanterie.

Le mari se demande si ce n'est pas un effet de trombone... Dame! par ce temps d'invention téléphonique, toutes les transmissions sont possibles, aujourd'hui, sous toutes les formes.

D^r SIMPLICE.

*P. S.* Un anonyme me demande de lui indiquer dans quelle revue on pourrait trouver la statistique du docteur Jacobi que j'ai citée dans ma *Causerie* du 12 novembre dernier. Je cherche.

fait pour tous les anus contre nature consécutifs à des hernies intestinales gangrénées. C'est d'ailleurs ainsi que les choses se sont passées dans presque tous les cas de fistule intestino-utérine, consécutive à l'accouchement, que nous avons recueillis.

L'intestin n'était donc pas sorti par une déchirure de la paroi vaginale, mais par le col de l'utérus, et c'est cet organe qui avait été lésé. Quand et comment? Cela est difficile à dire. Il est probable que la canule, qui causait de si violentes coliques à chaque injection, était introduite, non pas dans le vagin seulement, mais dans l'utérus, et, soit par l'inflammation de la paroi utérine déterminée par les injections et suivie de ramollissement de cette paroi, soit par l'action directe de la sonde sur le tissu utérin, ce qui est plus probable, celui-ci a livré passage à une anse intestinale qui, franchissant le col avec ou sans le placenta, est venue faire saillie à la vulve.

L.-H. PETIT.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Nordenskioldt assiste à la séance.

M. Cornu donne lecture d'une note sur les conditions d'achromatisme dans les phénomènes d'interférence.

M. Chatin, au nom de M. Crié (de Caen), dépose sur le bureau une note relative à certains champignons phosphorescents.

M. Lacaze-Duthiers, de la part de M. Yung, présente un travail concernant l'influence de l'alimentation de l'embryon sur le développement des mâles et des femelles chez les têtards.

M. Gaudry lit un travail sur la découverte d'un gisement de rennes (mammifères quaternaires) à Montreuil, près Paris.

M. Lory (de Grenoble), récemment nommé maître de conférences à l'École normale supérieure de Paris, met sous les yeux de l'Académie six feuilles représentant la constitution géologique des Alpes françaises.

Voici la communication de M. Paul Bert sur les anesthésiques, que nous avons annoncée dans notre précédent Bulletin :

Lorsqu'on ajoute à l'air, en proportions croissantes, des vapeurs ou des gaz doués de propriétés anesthésiques, et qu'on fait respirer à un animal ces mélanges successifs, il arrive un moment où l'anesthésie apparaît. Si l'on augmente encore la proportion de la substance médicamenteuse, l'animal finit par mourir. Je désigne, dit M. Paul Bert, sous le nom de *zone maniable*, l'intervalle compris entre la dose anesthésique et la dose mortelle.

En déterminant avec soin l'étendue de cette zone maniable avec divers agents anesthésiques (chloroforme, éther, amylène, bromure d'éthyle, chlorure de métyle) et chez divers animaux (chien, souris, moineau), je suis arrivé à ce résultat singulier que, dans tous les cas, la dose mortelle est précisément le double de la dose anesthésique.

Sans entrer dans les détails expérimentaux, je dirai que je faisais respirer les animaux dans les vases clos, où le mélange avait été fait à l'avance, la capacité des vases étant assez grande pour que les complications asphyxiques ne pussent intervenir. L'emploi de la potasse pour absorber l'acide carbonique doit être absolument rejeté, au moins pour les expériences sur le chloroforme, qu'elle décompose rapidement; c'est pour n'avoir pas tenu compte de ce fait que certains expérimentateurs se sont tout à fait trompés sur la proportion mortelle du chloroforme dans l'air.

Lorsqu'on fait respirer à un animal un mélange correspondant environ au milieu de la zone maniable, il est très rapidement anesthésié et reste pendant tout le temps de l'expérience (il y en a qui ont duré deux heures) parfaitement tranquille, sans agitation aucune, sans qu'on ait à s'occuper ni à s'inquiéter de lui; le contraste est des plus saisissants avec les résultats des méthodes ordinaires d'anesthésie par la compresse, l'éponge, etc. Et cela se comprend aisémcnt. Dans ces procédés, en effet, le patient respire alternativement, suivant le degré d'imbibition de la compresse ou son éloignement des orifices respiratoires, un mélange d'air et d'anesthésique, ou inférieur à la dose active, ou compris dans la zone maniable, ou égal et même supérieur à la dose mortelle. Dans ce dernier cas, l'imminence des accidents fait qu'on se hâte d'éloigner la compresse, de telle sorte que la respiration prochaine rabaisse de suite le titre du mélange déjà contenu dans les poumons; mais l'évènement a prouvé qu'on n'évite pas toujours la terminaison mortelle.

La zone maniable est, en effet, singulièrement étroite, et quelques gouttes de liquide de plus peuvent faire passer le mélange respiré de la dose active à la dose mortelle. Cela est

vrai, surtout pour le chloroforme : 8 grammes volatilisés dans 100 litres d'air n'endorment pas un chien, 20 grammes le tuent, l'écart est de 12 grammes. L'éther, tout en ayant la mêmee force comme proportion, puisqu'elle va aussi du simple au double, présente infiniment moins de dangers, puisque, entre la dose active et la dose mortelle, il y a un écart de près de 40 grammes. C'est là, incontestablement, la raison de l'innocuité relative dont a fait preuve l'éther dans la pratique chirurgicale.

Lorsqu'on lit les récits des opérations un peu longues, on voit que les chirurgiens ne manquent pas d'indiquer la quantité de chloroforme qu'ils ont employée, c'est-à-dire versé sur la compresse. Sans parler du chloroforme perdu au dehors et en ne considérant que celui qui est entré dans les poumons du patient, cette mention n'a aucune espèce de valeur. J'ai pu faire respirer à un chien une quantité extraordinaire de chloroforme sans produire la moindre anesthésie, en ayant soin que le titre du mélange ne dépasse pas 5 grammes ou 6 grammes. Inversement, en employant un mélange titré 30, il suffit d'une très faible quantité de chloroforme pour tuer raide l'animal.

En d'autres termes, le chloroforme n'agit pas par la quantité qu'on respire, mais par la proportion qui s'en frouve dans l'air inspiré. On croyait volontiers le contraire, à cause des combinaisons chimiques qu'il contracte dans l'organisme et que démontrent, entre autres preuves, les accidents consécutifs à son administration. Il n'en est rien : pour les vapeurs des liquides anesthésiques comme pour les gaz simplement solubles, et notamment pour le protoxyde d'azote, l'action dépend de la tension dans l'air inspiré, laquelle règle la proportion existant dans le sang et les tissus.

Le protoxyde d'azote a une zone maniable plus étendue que celle des carbures et chlorocarbures d'hydrogène. Pour ces derniers, elle est de 1 à 2 ; pour lui, elle est de 1 à 3, comme l'ont prouvé les expériences faites sous pression.

En partant de ce principe et en cherchant, pour obtenir l'anesthésie, à introduire dans l'organisme non plus la quantité, mais la proportion nécessaire, on arrive à donner à l'emploi de tous les anesthésiques la même sécurité qu'à celui du protoxyde d'azote sous pression. Il suffit de faire respirer au patient, non plus avec des compresses ou des barbotteurs, ou tous les appareils compliqués et basés sur le faux principe de la quantité qui ont exercé l'imagination des chirurgiens et des constructeurs, mais tout simplement avec un tube et un petit masque, un mélange convenablement titré d'air et de vapeurs anesthésiques. Il n'y a à s'occuper ni du pouls, ni de la respiration, et la température varie à peine. Seulement, on n'évite pas ainsi les inconvénients inhérents à la substance elle-même, l'agitation des débuts, les malaises et les vomissements consécutifs, et sous tous ces rapports le protoxyde d'azote conserve toute sa supériorité.

L'emploi des mélanges titrés avait déjà été fait dans mon laboratoire, il y a quelques années, par deux de mes élèves, M. Jolyet et M. Baudelocque, et ce dernier l'avait préconisé dans une thèse de 1875. M. Gréhant les avait même précédés dans cette voie, et en Angleterre Snow, en France Lallemand, Perrin et Duroy avaient déjà donné des indications à ce sujet. Je pense que les nouvelles recherches sur la *zone maniable* doivent déterminer le chirurgien à tenter sur l'homme l'application de cette méthode.

L'instrumentation serait des plus simples, et un réservoir en zinc de 200 litres à 300 litres serait suffisant. Le plus délicat serait de déterminer la dose inférieure. Les expériences ci-dessus rapportées ne peuvent donner sur ce point aucune indication. Les doses varient beaucoup, en effet, du chien à la souris et au moineau; toujours moindres pour la souris que pour le chien, elles sont toujours plus fortes pour le moineau que pour la souris, et même, pour le chloroforme et l'amylène, elles sont égales chez le petit oiseau et le gros mammifère. Et, pour le dire en passant, entre les divers chiens, la taille n'a aucune influence. Mais tout cela laisse le problème absolument intact pour les chirurgiens.

Je dirai en terminant, le mélange se détitre très peu pendant l'expérience, excepté pendant les premiers instants. Ainsi, dans une expérience avec 15 grammes de chloroforme, un chien de 6 kilogrammes avait consommé dans le premier quart d'heure 2 grammes de chloroforme, soit 1 gram. 4 de vapeur; dans les cinq quarts d'heure qui suivirent, il n'en consomma que 4 grammes. Les combinaisons intra-organiques du chloroforme n'en absorbent donc que très peu, et, d'autre part, il n'en passe pas dans l'urine des quantités appréciables. Ces faits donnent l'explication du peu d'importance de la quantité employée et de la prépondérance de la tension dans le mélange.

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 11 au 17 novembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,036. — Fièvre typhoïde, 40. — Variole, 5. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 54. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 8. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchites aiguës, 27. — Pneumonie, 95. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 30; au sein et mixte, 31; inconnu, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; circulatoire, 78; respiratoire, 72; digestif, 51; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 6. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 46e semaine. — Il n'y a rien de particulier à signaler pour cette 46e semaine, qu'un *statu quo* à peu près complet : le même nombre de décès par toutes causes (1,036, et 1,037 la semaine précédente). Les décès par fièvre typhoïde, qui avaient beaucoup diminué (de 42 à 28), sont remontés environ d'autant 28 à 40 ; à peu près même mouvement pour la Rougeole et la Variole. Ce sont là des oscillations passagères et sans signification. La Diphthérie au contraire monte lentement, mais continûment (53 à 54) !

Ce même état stationnaire se rencontre dans les mouvements d'entrées et de sorties des hôpitaux.

Quant à ce qui concerne la répartition par quartiers, nous avons le regret d'avoir à signaler encore 6 décès par Diphthérie dans le quartier *Montparnasse !* En trois semaines voilà 17 enfants de ce quartier qui sont jugulés par cette cruelle affection ! La Fièvre typhoïde se rencontre dans un grand nombre de quartiers. Trois d'entre eux offrent le maximum (3 décès typhiques chacun) savoir : le 39e (*Porte Saint-Martin*), le 72e (*La Chapelle*), le 76e (*Combat*).

Un de mes plus distingués correspondants, qui soigne actuellement un grand nombre de fièvres Typhoïdes dans le faubourg *Saint-Germain* (rue du Bac, de Sèvres, etc.), croit avoir remarqué que la fièvre typhoïde survient surtout dans les ménages où l'on se sert surtout d'eau non filtrée, et il conseille de faire bouillir l'eau. Rappelons qu'une prescription analogue a été formulée pour nos troupes d'Afrique.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Les virus-vaccins. — La *Revue scientifique* reçoit d'un de ses correspondants la lettre suivante qui paraît soulever une question grave que l'avenir seul peut résoudre, mais qui doit se poser dès maintenant aux expérimentateurs.

« Une question importante me semble naître de l'application du « vaccin » charbonneux au bétail ; je ne crois pas qu'elle ait été encore formulée.

« Ce procédé est-il vraiment inoffensif pour l'homme ?

« L'action *durable* du vaccin paraît démontrée ; de là une alternative nécessaire : ou le sang de l'animal subit une altération durable, dont l'effet *connu* est de le mettre à l'abri de la contagion, — par exemple, si la bactéridie charbonneuse ne trouve plus dans ce sang transformé les éléments de son existence ; ou bien un microbe *incompatible* se développe dans le sang et s'y perpétue.

« Au premier cas, cette altération ne peut-elle occasionner chez l'homme, directement ou indirectement, aucun accident morbide ? Si le sang altéré de l'animal n'est pas un poison, son introduction habituelle dans l'organisme humain ne peut-elle, à la longue, provoquer des maladies déjà connues, ou peut-être nouvelles, ou bien le prédisposer à des maladies soit connues, soit nouvelles ? Il faut considérer cette absorption chez l'individu d'abord, puis, par hérédité, chez sa race.

« Au second cas : 1° Le microbe ainsi cultivé est-il sans action sur l'homme, introduit, il est vrai, par les voies digestives, mais son introduction se continuant chez une longue suite de générations ?

« 2° Si ce microbe n'est qu'une modification de la forme bactéridie, une adaptation, par exemple, de cette forme au milieu artificiel créé par la culture, ne peut-il revenir un jour à sa forme primitive et reproduire, soit par atavisme, soit par le changement de milieu qui résulte de son transport dans l'économie humaine, la bactéridie dont il est sorti ? »

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## AMYGDALITE SYPHILITIQUE DOUBLE, AVEC HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE, ET ULCÉRATIONS GANGRÉNEUSES;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 novembre 1881,

Par le docteur Féréol, médecin de l'hôpital Beaujon.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, n'est pas un inconnu pour beaucoup d'entre vous. Je l'ai déjà amené ici, le 13 mai dernier, désireux que j'étais alors de m'éclairer de vos avis au sujet d'une double lésion amygdalienne fort extraordinaire et d'un diagnostic assez délicat. Chez cet homme, encore jeune, d'assez vigoureuse constitution, mais amaigri et quelque peu cachectisé alors, on constatait une double amygdalite d'un aspect très singulier. Les deux tonsilles, grosses comme d'énormes noix, rejoignaient de chaque côté la luette et bouchaient complétement l'isthme pharyngien. Elles étaient couvertes d'ulcérations pultacées, grisâtres et gangréneuses par places; les piliers étaient intacts, mais d'une coloration violacée vive; ces ulcérations s'étendaient en bas, au-dessous du niveau de la langue, mais paraissaient limitées aux tonsilles. L'haleine était fétide; il y avait de chaque côté, sous les maxillaires, des ganglions un peu durs, petits et nombreux; on en retrouvait de pareils derrière les sterno-mastoïdiens, et au niveau des apophyses mastoïdes. Or, cet homme était, en outre, porteur d'une roséole confluente sur le tronc, roséole cuivrée, manifestement syphilitique, et qui commençait même à prendre un caractère papulo-squameux sur certains points. De plus, il avait la gale. Mais, ni sur la verge, ni au pourtour de l'anus, ni en aucun point des téguments, on ne trouvait de plaques muqueuses, ni rien qui pût se rapporter à la présence récente ou ancienne d'un chancre.

Les renseignements fournis par le malade compliquaient encore la question. Il affirmait très positivement que son mal de gorge datait de vingt ans; que depuis cette époque, et principalement tous les ans au retour du printemps, il avait été sujet à des exacerbations de ce mal; que plusieurs fois des abcès avaient percé dans sa gorge; il reconnaissait néanmoins que jamais ses amygdales n'avaient été aussi grosses, ni en aussi mauvais état qu'elles l'étaient alors.

Le cas était tellement singulier par l'aspect et l'apparente gravité de la lésion, et par la coïncidence de la syphilis, que je fis voir le malade à plusieurs de mes collègues de l'hôpital Beaujon. M. Tillaux, tout en faisant quelques réserves et reconnaissant la rareté exceptionnelle du fait, penchait pour un double épithelioma. M. Guyot, impressionné par la longue durée de l'affection et l'aspect ulcéreux de la lésion, tendait plutôt à en faire de la scrofulose, et je partageais son sentiment. M. Millard, sans s'arrêter ni à l'une ni à l'autre de ces deux hypothèses, et se contentant de l'éruption cutanée, se bornait au conseil éminemment pratique d'essayer avant tout le traitement spécifique.

Ce fut dans le même sens que se prononcèrent à la Société des hôpitaux nos collègues, MM. Besnier, Martineau et Gouguenheim.

L'indication était impérieuse et tout le monde était d'accord sur ce point; je mis donc mon malade aux pilules de protoiodure; et je fis, tous les deux jours, des attouchements avec un pinceau trempé dans un mélange de teinture d'iode et de laudanum. Au bout d'une semaine, l'amélioration était déjà manifeste, et je me proposais de vous ramener le malade pour vous en faire juger.

Mais, entre temps, j'avais prié M. le docteur Krishaber de me donner, lui aussi, son avis. Celui-ci me déclara qu'il n'avait jamais rien vu de semblable. Il repoussa absolument l'idée du cancer, à cause de la dualité de la lésion, et du peu de développement des ganglions qui paraissaient syphilitiques par leur nombre, leur petitesse et leur dureté. Mais, tout en reconnaissant que la syphilis pouvait bien imprimer son cachet à l'inflammation tonsillaire, il pensa qu'il y avait comme substratum une inflammation très ancienne, avec une hypertrophie telle que, selon toute probabilité, sa résolution n'en pourrait être obtenue par le traitement médical, et son

avis formel était de faire l'extirpation des deux tonsilles au moyen de l'anse galvanique. Il affirmait qu'il n'y aurait point d'hémorrhagie et que la récidive n'était pas à craindre.

Soit que la perspective d'une opération au sujet de laquelle il fût pressenti, l'eût effrayé, soit tout autre motif, malgré l'amélioration considérable qui avait été obtenue par le seul traitement médical, peut-être même à cause de cette amélioration, le malade, malgré tous mes efforts pour le retenir, déserta un beau matin. Mais ces jours derniers, il vient de rentrer dans mon service après avoir été successivement à l'hôpital Saint-Louis, au Midi, à l'Hôtel-Dieu, etc. Dans toute son odyssée hospitalière, on a continué à traiter sa syphilis, et aujourd'hui j'ai la satisfaction de vous le présenter guéri. Il ne reste plus aucune trace de ces abominables ulcérations d'aspect cancéreux, ni même de cette hypertrophie énorme qui paraissait devoir résister à tout moyen autre que l'exérèse. Les amygdales sont rentrées dans leur loge; elles sont lisses, souples et paraissent n'avoir jamais été malades. La seule lésion qui persiste encore c'est la roséole, qui est encore très confluente et très colorée dans la région dorsale. C'est là un fait remarquable; il y a bien, selon toute apparence, dix à douze mois que le malade a dû être contaminé, et il est extraordinaire que la roséole résiste à un traitement de six mois alors que la lésion amygdalienne, bien autrement grave en apparence, a complétement disparu. Je pense que le fait doit être attribué à la coexistence de la gale; on sait en effet quelle ténacité présentent souvent les éruptions cutanées consécutives à la gale chez certains individus prédisposés.

Je fais remarquer en même temps que l'état général du malade s'est singulièrement amélioré; le cachectique du mois de mai est devenu gros et gras.

En somme, quelle était cette singulière lésion amygdalienne? Faut-il y voir le chancre initial dont la présence n'a pu être constatée ailleurs? cela n'est pas impossible; cependant le chancre de l'amygdale est simple et non double; et il a un tout autre aspect d'ordinaire. Dans cette hypothèse il y aurait là quelque chose d'anomal. Mais il me paraît plus probable qu'il s'agit ici de lésions syphilitiques superficielles de l'ordre des plaques muqueuses ulcérées, ayant revêtu un aspect spécial, une apparence gangréneuse, sur des organes chroniquement enflammés. Il est bien intéressant de constater l'heureuse influence qu'a eu le traitement spécifique sur la résolution de cette hypertrophie si considérable et si ancienne. Dans ce cas, il resterait à trouver la porte d'entrée de la syphilis; et elle échappe, à vrai dire. Peut-être M. Diday serait-il disposé à voir là un cas de contagion acarienne. En tout cas, le chancre a fait défaut; au moins n'a-t-il pu être constaté.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881 (1),

Par M. Ernest Besnier.

### III. — Fièvres éruptives.

Les fièvres éruptives ont subi généralement, à partir du mois d'août, une atténuation positive dans leur morbidité et dans leur mortalité. La scarlatine seule, dont l'évolution multiannuelle est progressivement croissante, fait exception.

| HOPITAUX CIVILS DE PARIS | Varioles. | | | | | Rougeole. | | | | | Scarlatine. | | | | | Érysipèles. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Morbidité et Mortalité comparées des fièvres éruptives. 1er trim. 1881 et 4e trim. 1880. | Mois. | | Trimestre. | | | Mois. | | Trimestre. | | | Mois. | | Trimestre. | | | Mois. | | Trimestre. | | |
| | M. | D. | M. | D. | P. 0/0 | M. | D. | M. | D. | P. 0/0 | M. | D. | M. | D. | P. 0/0 | M. | D. | M. | D. | P. 0/0 |
| Juillet | 206 | 33 | | | | 75 | 14 | | | | 89 | 12 | | | | 119 | 16 | | | |
| Août | 150 | 33 | 505 | 87 | 17 | 86 | 5 | 158 | 25 | 15 | 64 | 4 | 216 | 17 | 7 | 93 | 12 | 321 | 39 | 12 |
| Septembre | 149 | 21 | | | | 47 | 6 | | | | 63 | 1 | | | | 109 | 11 | | | |

## IV. — Variole.

Ainsi que nous avons pu l'annoncer sans nous compromettre, la variole a suivi durant l'été son mouvement régulier et normal de décroissance : 356 décès pendant le premier trimestre; 296 durant le second; 211 dans le troisième. La déclinaison générale continue également; le trimestre correspondant de l'année précédente comptait 449 décès, au lieu des 211 qui appartiennent au trimestre de cette année 1881. Tout cela est de bon augure pour les périodes ultérieures, mais non encore assez accentué pour qu'il y ait lieu de considérer l'épidémie anomale comme terminée, et de rien retrancher des mesures de prophylaxie privée ou publique.

### 1° Statistique de la ville (1).

| VARIOLE A PARIS — Statistique comparée du IIIe trimestre de 1881, par mois et par arrondissement. | 1 Louvre | 2 Bourse | 3 Temple | 4 Hôtel-de-Ville | 5 Panthéon | 6 Luxembourg | 7 Palais-Bourbon | 8 Elysée | 9 Opéra | 10 Saint-Laurent | 11 Popincourt | 12 Reuilly | 13 Gobelins | 14 Observatoire | 15 Vaugirard | 16 Passy | 17 Batignolles | 18 Montmartre | 19 Chaumont | 20 Ménilmontant | Totaux mensuels | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Juillet........ | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 1 | 1 | 1 | 3 | 13 | 14 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 5 | 9 | 11 | 93 | 211 |
| Août........... | » | 6 | » | 1 | 2 | 2 | » | 3 | 2 | 16 | 9 | 5 | » | 1 | » | 3 | 3 | 6 | 5 | 11 | 75 | |
| Septembre....... | » | 3 | 1 | 3 | 1 | » | » | 1 | 1 | 8 | 3 | 4 | » | 3 | 3 | » | 3 | 1 | 4 | 4 | 43 | |
| Totaux. . . . | 2 | 11 | 3 | 6 | 9 | 3 | 1 | 5 | 6 | 37 | 26 | 17 | 1 | 5 | 4 | 4 | 15 | 12 | 18 | 26 | | |

(1) Voy. la note annexée au tableau de la diphthérie pour le premier trimestre. Il faut ajouter, pour les décès de *domiciliés hors Paris*, 9 décès en janvier, 10 en février, 8 en mars, 5 en avril, 5 en mai, 5 en juin, 3 en juillet, 7 en août, 1 en septembre.

### 2° Statistique des hôpitaux.

Même décroissance régulière que pour la ville entière : pendant le premier trimestre, 723 malades, 173 décès = 23 p. 100; pour le second, 694 malades, 164 décès = 23 p. 100; durant le troisième trimestre, 504 varioleux, 87 décès = 17 p. 100. Ainsi donc : *morbidité* et *mortalité* subissent également la loi saisonnière, dont l'action peut toujours être annoncée à l'avance.

| Variole — Hôpitaux civils de Paris. 3e trimestre 1881. | Saint-Antoine | | Tenon | | Saint-Louis | | Enf.-Malades | | Trousseau | | Total mens. | | Total trim. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. (1) | D. (2) | M. | D. | M. | D. | M. | D. | M. | D. | M. | D. | M. | D. |
| Juillet...... | 87 | 10 | 33 | 6 | 69 | 15 | 1 | 1 | 15 | 1 | 205 | 33 | 504 | 87 |
| Août....... | 59 | 18 | 28 | 3 | 46 | 9 | 6 | 2 | 11 | 1 | 150 | 33 | | |
| Septembre.. | 51 | 5 | 17 | 2 | 65 | 9 | 3 | 1 | 13 | 4 | 149 | 21 | | |

(1-2) M. pour mouvement (total des malades sortis), et D. pour décès.

Hôpital Saint-Louis. — Pavillon d'isolement, service des varioleux, dirigé par M. le docteur Landrieux. — Notes recueillies par M. Bourdel, interne du service.

« Dans ce troisième trimestre, nous avons à constater une légère atténuation de l'épidémie. Le chiffre des malades reçus n'a été que de 196 (121 hommes, 75 femmes), tandis qu'il avait été de 236 et de 237 dans le premier et le deuxième trimestre.

Ces 196 cas se décomposent de la façon suivante :

Varioles hémorrhagiques, 8 cas; varioles confluentes, 31 cas; varioles cohérentes, 39 cas; varioles discrètes, 44 cas; varioloïdes, 45 cas.

La plupart de ces malades *ne sont pas originaires de Paris et ne l'habitent pas depuis longtemps.* Voici, du reste, ce que nous avons relevé à cet égard :

Habitant Paris depuis huit jours, 1; depuis moins de six mois, 24; depuis moins d'un an, 13; depuis un an, 10; depuis deux ans, 14; depuis trois ans, 12; depuis quatre ans, 10; depuis six ans, 8; depuis huit ans, 7; depuis plus de douze ans, 17.

Presque tous avaient été *vaccinés dans l'enfance, mais non revaccinés* depuis; ce groupe comprend 148 cas, dont 23 décès.

Les *non vaccinés* sont au nombre de 7, sur lesquels 4 ont succombé; l'un à 1 variole cohérente; les 3 autres à des varioles confluentes. Quant aux 3 qui ont survécu, 2 ont été atteints de variole confluente, 1 de variole cohérente.

Enfin, 7 *autres malades se disant vaccinés, mais ne portant pas de cicatrices, ont tous succombé :* 6 à des varioles confluentes, 1 à une variole hémorrhagique.

Quant *aux malades revaccinés mais sans succès*, ils se répartissent ainsi :

Revacciné il y a dix ans, variole cohérente; il y a dix ans, varioloïde; il y a huit ans, varioloïde; il y a six ans (au régiment), v. discrète; au régiment, v. cohérente; deux fois au régiment, v. cohérente; trois fois au régiment, v. cohérente; trois fois, v. discrète; une fois, varioloïde; quatre fois, v. discrète; à l'âge de 11 ans, v. discrète; deux fois à l'âge de 10 ans et de 20 ans, v. discrète.

*Tous ces malades ont guéri.*

La *contagion* a pu être notée dans 35 cas : 24 fois la variole existait dans la même maison; 3 fois, dans la même rue; 5 fois, dans la famille.

Dans 2 cas, elle a paru probable, notamment à l'hôpital.

Les *varioles hémorrhagiques* comprennent 8 cas, qui tous ont été mortels :

Age : de 15 à 20 ans, hommes 1, décès 1; femmes 0; — de 20 à 25 ans, 1 h., d. 1; f. 1, d. 1; — de 25 à 30 ans, h. 1, d. 1; f. 0, d. 0; — de 30 à 35 ans, h. 0, d. 0; f. 2, d. 2; — de 35 à 40 ans, h. 1, d. 1 f.; f. 0, d. 0; — de 40 à 45 ans, h. 0, d. 0; f. 1, d. 1.

La mort est survenue le plus habituellement, du troisième au septième jour de l'éruption, par toxémie.

Les *varioles confluentes* sont au nombre de 31, dont 27 cas furent mortels:

Age : de 10 à 15 ans, hommes 0, décès 0; femmes 1, décès 1; — de 15 à 20, h. 1, d. 0; f. 1, d. 1; — de 20 à 25 ans, h. 1, d. 0; f. 7, d. 7; — de 25 à 30 ans, h. 3, d. 2; f. 7, d. 5; — de 30 à 35 ans, h. 1, d. 1; f. 1, d. 1; — de 35 à 40 ans, h. 1, d. 1; f. 2, d. 2; — de 40 à 45 ans, h. 2, d. 2; f. 3, d. 3; — de 60 à 65 ans, h. 0, d. 0, f. 1, d. 1.

Dans les 27 cas terminés fatalement, la mort est survenue 15 fois par toxémie ou septicémie du septième au quatorzième jour de l'éruption. Dans 1 cas elle a été la conséquence d'une broncho-pneumonie; dans un autre, la confluence de l'éruption sur les muqueuses a entraîné rapidement l'asphyxie. Dans 2 cas, elle a été précédée d'endo-péricardite et de myocardite. et d'une albuminurie considérable. — Enfin, dans 7 cas, elle a eu lieu après une série d'hémorrhagies multiples secondaires; un de ces cas a été remarquable par le développement d'un pemphigus hémorrhagique secondaire.

Les *varioles cohérentes*, au nombre de 39, ont guéri, sauf 4 cas :

Age : de 10 à 15 ans, hommes, 0, décès 0; femmes, 1, décès 0; — de 15 à 20 ans, h. 5, d. 0; f. 5, d. 1; — de 20 à 25 ans, h. 2, d. 0; f. 0, d. 0; — de 25 à 30 ans, h. 9, d. 0; f. 2, d. 0; — de 30 à 35 ans, h. 4, d. 1; f. 2, d. 0; — de 35 à 40 ans, h. 1, d. 0; f. 1, d. 0; — de 40 à 45 ans, h. 1, d. 0; f. 2, d. 0; — De 45 à 50 ans, h. 1, d. 0; f. 1, d. 1; — 55 à 60 ans, h. 0, d. 0; f. 1, d. 1; — de 60 à 65 ans, h. 1, d. 0; f. 0, d. 0. — Total : hommes 24, décès 1; femmes 15, décès 3,

Dans les 4 cas fatalement terminés, la mort a été précédée dans un cas d'un délire alcoolique violent, et a eu lieu par suite d'un érysipèle gangréneux. Dans un cas, elle est survenue le onzième jour par congestion cérébrale et pulmonaire; une autre fois, elle est arrivée à la suite d'un érysipèle et d'une albuminurie abondante; dans le dernier cas, elle est survenue le douzième jour de l'éruption par septicémie.

Les *varioles discrètes* comprennent 44 cas, tous terminés par la guérison :

Age : de 10 à 15 ans, hommes 1; femmes 0; — de 15 à 20 ans, h. 5; f. 4; — de 20 à 25 ans, h. 7; f. 7; — de 25 à 30 ans, h. 4; f. 1; — de 30 à 35 ans, h. 4; f. 4; — de 35 à 40 ans, h. 1; f. 1; — de 40 à 45 ans, h. 0; f., 1; — de 45 à 50 ans, h. 1; f. 1; — de 50 à 55 ans, h. 2; f. 0. — Total : hommes 25; femmes 19.

Les *varioloïdes* sont au nombre de 45 :

Age : de 10 à 15 ans, hommes 2; femmes 0; — de 15 à 20 ans, h. 8; f. 4; — de 20 à 25 ans, h. 7; f. 5; — de 25 à 30 ans, h. 6; f. 4; — de 30 à 35 ans, h. 1; f. 2; — de 35 à 40 ans, h. 3; f. 0; — de 40 à 45 ans, h. 1; f. 0; — de 45 à 50 ans, h. 0; f. 0; — de 50 à 55 ans, h. 2; f. 0. — Total : hommes, 30; femmes, 15.

Dans ces cas, figurent 3 *varioloïdes confluentes* et 5 *cohérentes*, dont 2 ont présenté des caractères hémorrhagiques très nets dans l'éruption, ainsi que des métrorrhagies abondantes.

*En résumé* le nombre des malades a été un peu inférieur à celui des trimestres précédents,

mais la proportion de la mortalité est restée toujours très élevée; ainsi, tandis que sur 236 malades, dans le trimestre précédent, il y avait 55 décès, dans ce dernier trimestre, sur 196 malades, nous avons 40 décès ce qui nous donne encore *à peu près le quart de mortalité.*

*Au point de vue de l'âge*, c'est encore la période de 20 à 25 ans qui est surtout atteinte; mais les périodes précédant et suivant celle-ci présentent des différences moins accentuées que dans nos précédents relevés; c'est ainsi que nous trouvons par ordre de décroissance ; de 20 à 25 ans, 39 cas; de 25 à 30 ans, 37 cas; de 15 à 20 ans, 34 cas.

Parmi les cas qui méritent d'être notés, relativement à certaines particularités importantes, nous citerons :

Un cas de variole confluente compliquée d'eschares multiples, d'ulcération étendue et rapide de la cornée, avec fonte purulente de l'œil.

Une variole cohérente, compliquée de broncho-pneumonie, terminée cependant par la guérison.

Une variole cohérente compliquée d'arthralgies et de myosalgies, à la période de dessiccation.

Une autre, suivie d'une poussée d'acné pustuleuse de la face, presque confluente.

Enfin, un malade entré avec une scarlatine, contracta la variole dans le service, et présenta avant et pendant l'évolution variolique, qui s'opéra normalement, une albuminurie scarlatineuse.

Les *rash* (sur 196 malades) ont été observés seulement dans 32 cas. Voici ce que nous avons relevé à ce sujet :

5 cas de *rash hypérémiques inguinaux* ont été suivis : une fois de v. confluente (mort); une fois de v. confluente (guérison); deux fois de v. cohérente (guérison); une fois de varioloïde cohérente (guérison).

2 cas de *rash hypérémiques inguinaux et axillaires* ont été suivis : une fois de v. cohérente (guérison); une fois de v. discrète (guérison).

2 cas de *rash rubéolique généralisé* ont été suivis : une fois de v. cohérente (guérison); une fois de varioloïde (guérison).

1 cas de *rash scarlatiniforme inguinal,* avec éruption miliaire : v. confluente (mortelle).

1 cas de *rash scarlatiniforme inguinal et hypogastrique :* v. discrète (guérison).

1 cas de *rash scarlatiniforme,* très prononcé aux membres supérieurs et inférieurs : variole cohérente (guérison).

2 cas de *rash scarlatiniformes hémorrhagiques* ont été suivis : une fois de v. hémorrhagique (mort) ; une fois de v. discrète.

5 cas de *rash hémorrhagiques inguinaux* ont été suivis : une fois de v. hémorrhagique (mort); quatre fois de v. cohérente (guérison); une fois de varioloïde.

1 cas de *rash hémorrhagique inguinal et axillaire :* v. cohérente (guérison).

1 cas de *rash érysipélateux* de la face : v. hémorrhagique (mort).

Les promesses d'une médication préconisée dernièrement (éther et opium) n'ayant fourni dans notre service aucun avantage sérieux, au point de vue des modifications de l'état général et de la transformation des varioles en varioloïdes, nous avons continué comme par le passé, à employer les agents thérapeutiques qui, jusqu'alors, nous ont donné les meilleurs résultats, entre autres, l'alcool, l'extrait de quinquina, le sulfate et le salicylate de quinine, la digitale (médication antipyrétique et antithermique), le perchlorure de fer, l'ergotine, les inhalations d'oxygène (médication s'adressant spécialement à ta toxémie), enfin les bains répétés. »

Hôpital Tenon. — Service de M. Tenneson.

« Salle des varioleux (hommes), 16 lits. Nombre de malades, 35 ; morts, 5; guéris, 30.

Sur les cas de mort, quatre fois la variole était hémorrhagique.

Vaccinés et non revaccinés, 20; vaccinés et revaccinés avec succès, 3; inconnus, 12.

Pas de cas intérieurs. Je ne crois pas devoir compter comme tel le cas suivant : rougeole placée avec varioleux ; transfert quelques heures plus tard dans une salle générale. Au bout de *dix jours,* la rougeole étant guérie, invasion de la variole, puis éruption et mort. »

*(La suite à un prochain numéro.)*

# CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

## De l'hôpital de Lourcine.

### DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1);

Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881

Par M. le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

### Malades actuellement en traitement.

Injections à 10 milligrammes.

OBS. CLXXII. — M. X..., 28 ans. En février 1879, chancre induré trois à quatre semaines après le dernier coït. Trois mois après, syphilides érythémateuses et papuleuses généralisées. Le traitement mercuriel est alors institué. Au bout de cinq à six jours, il faut l'interrompre par suite d'une salivation abondante. On emploie alors les bains de sublimé, l'iodure de potassium, etc., etc.

Au mois de décembre 1879, syphilides ulcéreuses sur le cuir chevelu, la face (aile du nez, front et paupière supérieure), sur le tronc et les membres supérieurs et inférieurs. On revient au traitement mercuriel sous toutes les formes; mais toujours on est obligé de le suspendre au bout de cinq à six jours par suite d'une stomatite des plus douloureuses. En 1880, le malade est envoyé à Uriage où il suit un traitement de trois mois par les eaux sulfureuses, puis de là à Cannes où il passe l'hiver 1880-1881. Les syphilides ulcéreuses se reproduisent pendant tout ce temps. Au mois d'avril 1881, elles affectent les pieds et obligent le malade à garder le lit jusqu'au milieu d'août. Ces lésions sont tellement douloureuses qu'on est obligé de prescrire au malade des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Tels sont les renseignements qui m'ont été transmis par M. le docteur Martin-Fortris, qui a soigné le malade de concert avec mon collègue M. Blachez.

Le 26 juillet dernier, M. Martin-Fortris, sur le conseil de M. Blachez, soumit le malade au traitement par les injections hypodermiques de la solution de peptone mercurique. Ces injections, à la dose de 2 milligrammes de sel mercurique, furent pratiquées tous les trois jours; une dizaine ont été faites. Les ulcérations devinrent moins douloureuses.

Le 27 août, je vois le malade pour la première fois, et je constate sur le cuir chevelu, sur les pieds, sur le tronc, sur le menton, sur les membres supérieurs des syphilides ulcéreuses. En même temps le malade souffre énormément; il a de l'insomnie, de la fièvre, des sueurs nocturnes; il est très affaibli, sans appétit; il est en proie à une cachexie syphilitique très avancée.

Le 30 août, je commence les injections hypodermiques à la dose de 2 milligrammes 1/2 de sublimé. Le 4 septembre, je les porte à 3 milligrammes 1/2, et, le 15 septembre, à 5 millig. Ces injections sont pratiquées tous les jours; il ne survient aucun accident local; le malade n'a pas de salivation. Le 20 novembre, à la demande du malade, je les interromps un jour et je lui fais prendre une cuillerée à café de la solution de peptone mercurique représentant 5 milligrammes de sublimé. Le lendemain, le malade accuse une légère salivation. Il interrompt immédiatement et je reviens aux injections, que je continue et que je me propose de continuer jusqu'à la fin d'octobre.

Aujourd'hui, 14 octobre, nous sommes donc à la quarante-cinquième injection, puisqu'il y a eu un jour d'interruption, et, depuis le 15 septembre, à la dose de 5 milligrammes de sublimé. Pas un seul jour de salivation pendant ces 46 jours de traitement.

A partir du 22 septembre, vingt-quatrième jour du traitement, le sommeil était revenu; la fièvre, la transpiration avaient disparu; les forces étaient plus grandes; l'appétit était énorme; les syphilides ulcéreuses se réparaient; elles étaient cicatrisées le 3 octobre, trente-cinquième jour du traitement.

Aujourd'hui, 14 octobre, le malade a repris toutes ses forces; la cachexie syphilitique a disparu.

En même temps que le malade était soumis au traitement mercuriel, il prenait, pendant les vingt premiers jours, un verre d'eau de Challes le soir, remplacée plus tard par de l'eau du Mont-Dore pendant le repas. Enfin il prend tous les jours deux tasses d'une infusion de café Nègre, du vin de quinquina et de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes.

Pas d'accidents locaux. 45 injections.

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 22, 25, 30 octobre, 5, 8 et 13 novembre.

De cette nouvelle série d'expériences, objet du deuxième mémoire que je soumets à l'appréciation de mes collègues de la Société médicale des hôpitaux, je conclus :

1° Le bichlorure de mercure associé à la peptone sèche, suivant la formule de la préparation donnée par M. Delpech, pharmacien, administré dans le traitement de la syphilis, par la voie hypodermique, ne donne lieu à aucun accident local, tel que phlegmon, abcès, escharre, toutes les fois que l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les nodosités observées chez quelques malades ont toujours été le résultat d'une injection faite trop précipitamment et dans la région profonde du derme. Du reste, ces nodosités, tout en étant douloureuses, disparaissent assez promptement, sans qu'elles soient suivies d'un accident quelconque.

2° Ces injections n'occasionnent, le plus ordinairement, aucune douleur, alors même que le sel mercurique est administré à une dose assez élevée, telle que dix milligrammes, par exemple. Lorsque la douleur survient, elle résulte de l'état du malade dont le nervosisme est extrême; de son indocilité qui ne permet pas de faire exactement l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané; de l'inhabileté de l'opérateur ou de la trop grande précipitation qu'il met à pratiquer l'injection; de la canule enfin, si la pointe est légèrement ébréchée. Lorsque le médecin pratique un grand nombre d'injections mercurielles, il doit s'assurer constamment de l'état de la canule, car la pointe s'émousse très facilement. Dans ce cas, la canule, en pénétrant dans les tissus, les dilacère, il survient une légère ecchymose et même une nodosité. La douleur, en outre, est due dans quelques cas à la densité du tissu cellulaire sous-cutané, alors que les mailles en sont fines et serrées. Dans cette condition la compression des éléments nerveux a lieu et la douleur se développe. Cette douleur, du reste, n'est jamais assez intense pour primer l'action énergique des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis.

3° Les injections de peptone mercurique ne s'accompagnent pas de salivation, de stomatite mercurielle, alors même que le sublimé est porté à la dose de 10 milligr. pourvu qu'il n'existe aucune inflammation de la bouche ou des gencives, qu'il n'existe aucune irritation produite par le tabac, par l'alcool, etc., etc. Les trois ou quatre malades, sur les 172 observations que j'ai recueillies, qui ont présenté la salivation pendant le traitement, étaient toutes atteintes d'une lésion buccale ou des gencives de nature non spécifique. — Du reste, pour montrer que la salivation n'accompagne jamais le nouveau mode d'administration du mercure que je viens d'expérimenter et par suite mettre en évidence sa grande supériorité sur les autres modes d'administration, il me suffit de rappeler l'observation 172 qui a trait au malade dont M. Blachez a entretenu la Société médicale des hôpitaux. Notre collègue, lors de la discussion de mon premier mémoire, citait le cas d'un jeune homme syphilitique, absolument réfractaire aux diverses préparations hydrargyriques quel que fût le mode de leur administration. Dès qu'il avait été soumis pendant trois à six jours au traitement mercuriel, la salivation, la stomatite mercurielle survenaient et empêchaient tout traitement. M. Blachez a bien voulu me l'adresser. Le 30 août, j'ai commencé les injections hypodermiques d'abord à la dose de 2 milligr. et demi, puis de 3, de 4 et de 5 milligr., dose qui est administrée tous les jours depuis le 15 septembre. Aujourd'hui, j'en suis à la 45e injection et en aucun moment la salivation n'est survenue. Je me trompe, la salivation s'est montrée un jour à la suite de l'administration par la voie stomacale de 5 milligrammes de sublimé, le malade ayant désiré prendre quelques jours de repos. Dès le lendemain, je reprenais les injections et la salivation ne se montrait pas. — Il suffit de signaler ce cas, je le répète, pour montrer la grande supériorité de ce mode d'administration du sublimé, associé à la peptone sèche.

4° Ces injections ne donnent lieu à aucun trouble gastro-intestinal. Aussi ce mode d'administration du mercure permet au médecin de faire suivre au malade le traitement qui convient à l'état constitutionnel ou diathésique préexistant au développement de la syphilis. C'est ainsi que plusieurs de mes malades atteints d'arthritis, d'herpétis, de scrofule, de tuberculose pulmonaire, ont suivi un traitement

destiné à modifier le terrain sur lequel était venue s'implanter une maladie constitutionnelle nouvelle et qui imprimait à celle-ci une évolution anormale.

5° Ce nouveau mode d'administration du sublimé en injections hypodermiques a sur les accidents syphilitiques une action plus prompte, plus énergique que les autres modes d'administration, alors même que le sel mercurique est donné à dose égale. A cela rien d'étonnant, puisque nous savons que l'absorption des médicaments par la voie hypodermique est plus prompte et plus rapide que par les autres voies. Pour se convaincre de l'énergie de cette médication, il suffit de lire les observations contenues dans ce mémoire, aussi bien celles où il est question de syphilis normale que celles de syphilis anormale. On verra notamment que les syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques, papulo-érosives de la vulve, de l'anus, du vagin, de l'utérus, de la bouche, de la langue et des amygdales; que les syphilides cutanées érythémateuses, papuleuses, papulo-squameuses, maculeuses disparaissent plus rapidement que par les autres modes de traitement. On verra surtout que la guérison des syphilides lenticulaires, ulcéreuses, tuberculo-ulcéreuses, est obtenue très facilement en un temps plus court que par les autres méthodes de traitement, notamment les frictions mercurielles. C'est la caractéristique de cette nouvelle méthode du traitement des accidents syphilitiques sur laquelle je ne saurais trop insister et qui est appelée à rendre les plus grands services aux malades et aux médecins. L'observation 172 en est la preuve la plus évidente. Ce jeune homme, atteint de la syphilis depuis le mois de février 1879, présente les accidents les plus graves de la syphilis anormale. Lorsque mon collègue, M. Blachez me l'a confié en août dernier, il était atteint depuis le mois d'avril d'une syphilide ulcéreuse de la tête ayant détruit le cuir chevelu dans un espace de quatre centimètres carrés; le fond de l'ulcération était formé par le périoste crânien. En même temps, il existait sur la face plantaire du pied droit, sur le tronc, sur le menton, sur les membres supérieurs des syphilides ulcéreuses ayant détruit tout le derme. Ces syphilides étaient excessivement douloureuses, s'accompagnaient de fièvre, d'insomnie, de sueurs nocturnes, d'anorexie, d'affaiblissement extrême. Dès que le malade fut soumis aux injections hypodermiques, à une dose relativement faible (2 milligr. et demi, puis 3, 4 et 5 milligr.), non-seulement la salivation ne survint pas, mais encore les accidents se guérirent rapidement, puisque, dès la 24e piqûre, le 22 septembre, l'insomnie, la fièvre, la transpiration avaient disparu, les syphilides ulcéreuses du cuir chevelu, de la face, des membres étaient cicatrisées, celles du pied se rétrécissaient et, le 3 octobre, ces dernières étaient guéries. En moins d'un mois donc les injections hypodermiques de peptone mercurique suffirent pour guérir ce malade d'accidents qui, depuis deux ans, se montraient sans cesse et avaient produit déjà une cachexie syphilitique. A côté de ce cas remarquable à tant de titres, je signalerai aussi, afin de mettre hors de toute contestation l'énergie de cette médication, les observations de syphilis anormale développée chez des femmes enceintes (notamment observ. 41), où nous voyons non-seulement les syphilides ulcéreuses se cicatriser rapidement, mais encore la grossesse se terminer heureusement et les enfants ne présenter aucun accident syphilitique, trois et quatre mois après leur naissance, alors que les enfants des femmes traitées par la voie stomacale étaient atteints de syphilides buccales et cutanées quelques semaines après leur naissance.

6° L'absorption du bichlorure d'hydrargyre injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané, alors qu'il est associé à la peptone, est incontestable. Les faits cliniques contenus dans ce mémoire, ainsi que dans celui du 21 juin, ne laissent à cet égard aucun doute. En outre, la constatation du mercure dans les urines des malades soumises à ce traitement, par mon interne en pharmacie, M. Ormezzano, suivant le procédé qu'il a indiqué, vient lever tous les doutes.

Telles sont, Messieurs, les conclusions exactes et rigoureuses qui découlent des expériences que j'ai faites dans mon service de Lourcine et dans ma clientèle, relativement au traitement de la syphilis par les injections hypodermiques d'une solution de peptone mercurique ammonique. Elles affirment d'une manière éclatante

la supériorité de ce mode de traitement sur tous les autres. La réhabilitation des injections sous-cutanées du sel mercurique est complète. Aussi je ne crains pas de dire que la peptone mercurique ammonique en injections hypodermiques constitue un progrès des plus heureux et des plus probants dans la thérapeutique de la syphilis, d'autant plus qu'à une action plus prompte, plus énergique, plus efficace de la médication mercurielle vient s'ajouter pour le médecin une sécurité plus grande pour le dosage du sel mercurique et pour l'absorption du médicament.

*Traitement de la syphilis par la solution de peptone mercurique glycérinée administrée par la voie stomacale.*

A cet effet, M. Delpech, dont je ne saurais trop louer le zèle avec lequel il s'est mis à l'étude de cette préparation mercurielle, qu'il a cherché constamment à améliorer, et dont je ne saurais trop remercier la gracieuseté avec laquelle il s'est mis à ma disposition pour me mettre à même de faire toutes ces expériences, m'a remis la note suivante relative à la composition de cette nouvelle solution de peptone mercurique ammonique glycérinée.

*Note de M. Delpech.*

« Pour l'usage interne, nous préparons la solution suivante, qui remplace très avantageusement la liqueur de Van Swieten, et qui est comme elle dosée au millième de sublimé.

*Solution de peptone mercurique ammonique glycérinée pour l'usage interne.*

| | |
|---|---|
| Peptone mercurique ammonique. . . . . | 1 gramme (1). |
| Glycérine pure. . . . . . . . . . . . . . . . | 50 grammes. |
| Eau distillée . . . . . . . . . . . . . . . . . | 200 — |

A prendre par cuillerée à café qui représente 5 milligrammes de sublimé. »

(1) Un gramme de peptone mercurique représente 0,25 centigrammes de sublimé.

*(La fin à un prochain numéro.)*

## JOURNAL DES JOURNAUX

### Journaux italiens

(Analyse par M. P. Gibier (de Savigny), interne des hôpitaux.)

*L'hystérie chez les enfants.* — Schmitt confirme l'existence de l'hystérie chez les enfants, admise par plusieurs auteurs et rapporte quelques cas propres recueillis dans la clinique de Strasbourg.

1° Un cas d'aphonie hystérique chez une petite fille de 7 ans, guérie par la seule introduction du laryngoscope; 2° le cas d'une enfant de 13 ans, non réglée qui, depuis neuf mois, était dans l'impossibilité d'avaler, guérie par l'application du cathétérisme faite une seule fois; 3° une petite fille de 9 ans, avec forme d'hystérie convulsive et maniaque, anémique, mal nourrie; ce cas fut rebelle à tout traitement; 4° un cas de contracture hystérique chez une petite fille de 9 ans, guérie par un traitement moral.

Ils ne sont pas douteux, les cas d'hystérie infantile, mais ils sont rares. Comme cause de la maladie l'auteur indique l'anémie, la chlorose, le nervosisme congénital. La maladie n'a pas un type protéiforme comme chez l'adulte. Avant tout traitement, il faut améliorer l'état général. (*Ann. univ. di Med. et chir.*)

*Méthode simple pour la guérison de l'ozène.* — Le docteur Gottestein considère l'ozène comme un symptôme constant de coryza chronique. Il n'y a pas de doute qu'après la destruction des glandes, il se produit une diminution et une altération de la sécrétion nasale. Celle-ci, en se desséchant rapidement, adhère à la muqueuse sur laquelle elle forme des croûtes et subit une décomposition qui est la cause de la mauvaise odeur. Il suffit, du reste, qu'une partie limitée de la muqueuse soit atrophiée pour donner naissance à l'ozène. En adoptant cette théorie de l'ozène, on comprend qu'il ne pourrait plus être question de sa guérison radicale, puisqu'on ne peut espérer rétablir la sécrétion normale d'une muqueuse ayant subi l'atrophie,

Il est donc nécessaire de se résigner à un traitement symptomatique, qui devra être des plus simples et commode pour le patient.

L'auteur fut amené, comme par hasard, à employer cette méthode dont il obtint les meilleurs résultats dans l'espace de trois mois sur quinze sujets affectés d'ozène.

Il commence d'abord à donner une douche nasale qui, en débarrassant la cavité de ses sécrétions, permet de reconnaître l'état de la muqueuse et l'étendue de ses lésions, ensuite il introduit dans la cavité malade un tampon de coton long de 3 à 5 centimètres qui doit rester en place pendant vingt-quatre heures.

Une heure et demie ou deux après cette application, les patients s'aperçoivent que leur nez est un peu humide. Quand on retire le tampon, on trouve la muqueuse humide, sans croûtes et sans mauvaise odeur. Entre deux applications de tampon, on peut laisser un intervalle de vingt-quatre heures. Lorsque les deux cavités nasales sont atteintes, on les tamponne alternativement toutes les vingt-quatre heures. Les tampons rétrécissent artificiellement les cavités. Ce qui augmente l'action de la colonne d'air aspiré et facilite ainsi l'expulsion des sécrétions de plus les matières sécrétées sont absorbées continuellement, ce qui prévient leur dessiccation. (*Gazz. med. di Roma.*)

*Douleurs péricardiques sans péricardite*, par le docteur CANTANI. — Les frottements péricardiques en dehors de la péricardite ont été observés chez les cholériques à la période d'algidité, ce qui s'explique par la grande sécheresse des feuillets du péricarde; on les a observés également chez les phthisiques et chez les diabétiques.

Tous les frottements péricardiques ne dépendent pas uniquement de la sécheresse du péricarde ; en effet, l'auteur a pu trouver plus d'une fois sur la surface du cœur un aspect dépoli dépendant tantôt de la crétification ou de dépôts calcaires dans le tissu cellulo-adipeux des sillons, tantôt de l'inégale rétraction du tissu cellulaire après la résorbtion du tissu adipeux.

Dans tous les cas, si la surface externe du cœur était lisse et polie, le tissu sous-jacent était assez inégal pour qu'on le perçût au toucher. Dans un autre cas, l'auteur constate que les frottements dépendaient de rugosités correspondant aux artères situées dans les sillons du cœur et dues à l'athérome. Le docteur Cantani, à l'appui de cette assertion, publie l'observation d'un cas qui confirme pleinement l'existence de ces lésions pathologiques comme cause de frottements péricardiques. (*Il Morgagni*).

*Nouveau critérium pour déterminer avec rigueur la valeur relative des divers antiseptiques.* — Recherches expérimentales et conclusions du professeur V. CHIRONE.

1° La spectroscopie peut servir de critérium scientifique, pour mesurer la valeur relative des divers antiseptiques. Nous ne pouvons cependant étudier avec cette méthode les substances comme le sulfate de zinc, le sulfate d'alumine, l'acide tannique, etc., qui attaquent chimiquement avec beaucoup de force le sang et décomposent l'hémato-globine. Nous ne pouvons non plus étudier les substances qui donnent une couleur spéciale et un spectre propre aux solutions, comme le permanganate de potasse et la sanguinaire que j'ai étudiés sans publier les résultats obtenus.

2° La spectroscopie a démontré qu'il existe des substances défavorables à la décomposition du sang (antizymotiques ou antiputrides) et des substances qui s'opposent à la désoxygénation (antiréductives), qu'on peut considérer comme le point de départ de la putréfaction du sang. Il existe enfin quelques autres substances qui possèdent l'une et l'autre action.

3° Il n'y a pas de rapports constants entre le pouvoir antiréductif et le pouvoir antiputride des diverses substances et l'une peut occuper, comme l'acide arsénique, la première place comme antizymotique et presque la dernière comme antiréductif.

L'hydrate de chloral peut être placé en tête de toutes ces substances antiseptiques par les deux propriétés indiquées plus haut, qu'il possède à un haut degré.

Les substances qui s'opposent à la désoxygénation du sang peuvent être rangées de la manière suivante : 1° chloral ; 2° quinine ; 3° salicyline ; 4° berbérine ; 5° hypochlorate de soude ; 6° flondissine ; 7° esculine ; 8° cinchonine ; 9° cétrarine ; 10° salicylate de soude ; 11° strychnine ; 12° caféine ; 13° sulfate de soude et de chaux. Ces substances se combinent aux albuminoïdes du sang, les précipitent et conservent inaltérable pendant un temps plus ou moins long la partie qui n'est pas précipitée.

Ces substances exercent leur action antiréductive sur le sang, parce qu'après avoir été absorbées elles circulent avec lui et leur action est d'autant plus énergique que le sang est plus frais.

Les substances qui s'opposent à la décomposition finale du sang peuvent être ainsi classées : 1° chloral ; 2° acide arsénieux ; 3° arséniate de soude. Agissent par le même mécanisme, mais sont beaucoup plus faibles, l'acide borique, le borate de soude et la lupuline. (*Il medico di casa.*) — GIBIER.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juillet 1881. — Présidence de M. Charrier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Bulletin* des travaux de la Société médicale d'Amiens (années 1875 à 1879). — Le *Progrès médical.* — Le *Journal des sages-femmes.* — Le *Concours médical.*

M. Chervin se fait excuser de ne pouvoir assister à la séance.

M. de Beauvais, secrétaire général, dépose sur le bureau un exemplaire de son compte rendu des travaux de la Société de médecine pendant l'année 1879.

M. le Président annonce à la Société que deux de ses membres ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, M. le professeur Peter, officier, et M. Abadie, chevalier. Des applaudissements unanimes accueillent ces deux promotions.

—

M. Budin présente des considérations cliniques sur le muscle releveur de l'anus chez la femme, avec démonstrations expérimentales à l'appui de son intéressant mémoire qui a été publié depuis, *in extenso,* dans le journal le *Progrès médical,* ce qui nous prive de l'avantage de le reproduire dans notre Bulletin.

—

M. Mauriac lit une note sur quelques tumeurs péri-uréthrales peu connues d'origine blennorrhagique. (Voir plus haut.)

M. Reliquet demande si la compression de la tumeur ne faisait pas sortir un liquide spécial par l'urèthre, comme dans la cowpérite. Sur la réponse négative de M. Mauriac, M. Reliquet fait remarquer que cette absence d'écoulement, et surtout l'absence de fluctuation, éloigne la présomption d'une inflammation glandulaire comme point de départ de l'affection.

—

M. Gomensoro (de Rio-Janeiro), membre correspondant étranger, en quelques paroles chaleureuses, fait ses adieux à la Société, dont il a suivi avec assiduité les séances pendant son séjour à Paris.

—

M. de Beauvais donne lecture d'une note de M. Chervin, empêché, sur la natalité considérable de la race nègre aux États-Unis.

Je désire appeler l'attention de la Société sur un fait qui paraît, au premier abord, renverser toutes les données actuelles de la science et qui a besoin d'être examiné de près, pour que l'anomalie disparaisse en trouvant son explication dans une étude plus approfondie des faits.

Voici de quoi il s'agit.

Lors du dénombrement effectué en 1870, dans les États-Unis de l'Amérique du Nord, le nombre des nègres des deux sexes était de 4,880,000. Dix ans après, au dénombrement de 1880, ils étaient 6,577,151 ; soit une augmentation de 35 p. 100.

C'est là un résultat de nature à attirer nos réflexions, car il est admis dans la science que toutes les fois qu'une race inférieure se trouve en contact d'une race supérieure avec laquelle elle soutient la lutte pour l'existence, cette race inférieure est fatalement condamnée à disparaître dans un avenir plus ou moins rapproché par suite de l'excédant des décès sur les naissances.

Le dernier dénombrement américain semble donner un éclatant démenti à cette opinion ; car il est impossible d'admettre que l'énorme augmentation constatée dans la population noire soit due, comme dans les États du Far-West ou du Pacific, au flot toujours montant de l'immigration. On sait en effet que, depuis la guerre de sécession, la traite et l'importation des nègres est impossible dans les Etats de l'Union. La raison de cette augmentation se trouve dans les conditions sociales dans lesquelles les nègres se sont trouvés depuis le jour de leur affranchissement.

Au lieu de quitter les plantations où ils avaient vécu en esclavage, ils y restèrent. Au lieu de quitter leurs anciens maîtres, dont ils n'avaient pas tous probablement à se louer, ils préférèrent continuer à travailler pour eux. Au lieu d'aller à l'aventure dans les États du Nord qui avaient tant plaidé pour leur affranchissement, ils comprirent qu'il était préférable pour

eux de rester dans les Etats du Sud où ils avaient un travail assuré, et où, à défaut de la sympathie qu'ils eussent rencontrée dans les Etats du Nord, ils se trouveraient en nombre pour résister aux prétentions de leurs anciens maîtres devenus leurs égaux. Les évènements sont venus prouver la sagesse de cette conduite; car nous constatons aujourd'hui que c'est dans les Etats où les nègres sont en majorité qu'ils ont augmenté dans la plus grande proportion. C'est ainsi que, en 1869, sur 100,000 blancs, on comptait dans la Louisiane 100,592 nègres, dans le Mississipi 126,328, dans la Caroline du Sud 143,649; tandis qu'en 1880 nous en trouvons dans ces différents Etats 106,327; 135,664; 154,458.

Quant à ceux qui, atteints de nostalgie, retournèrent en Afrique dans la colonie de Liberia créée exprès pour eux, leur nombre est tout à fait restreint.

C'est donc à une puissante fécondité, secondée par des habitudes de prudence et de sagesse rarement observées chez les peuples, qui ont passé subitement de l'esclavage à l'indépendance, qu'il faut attribuer cette prodigieuse augmentation de la population noire des Etats-Unis. Et j'ai pensé que la Société accueillerait avec quelque faveur cette nouvelle preuve de l'action bienfaisante de la liberté.

Il est hors de doute, en effet, qu'au lieu d'assister aujourd'hui à la prospérité et à l'augmentation de la population noire, nous eussions constaté sa déchéance et sa ruine si, au lieu d'être libres et indépendants, les nègres eussent été esclaves.

*Election.* — M. Devalz est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

*Le secrétaire annuel*, Dr Thorens.

# FORMULAIRE

### Solution contre les sueurs fétides. — Ortega.

| | | |
|---|---|---|
| Hydrate de chloral | 5 | grammes. |
| Eau distillée | 500 | — |

Faites dissoudre. — Dans le cas de sueurs abondantes et fétides, on lave les pieds tous les soirs avec cette solution, puis on les enveloppe pendant la nuit avec une serviette imbibée du même liquide. L'odeur disparaît au bout de quelques jours, et les petites ulcérations ne tardent pas à se cicatriser. — N. G.

### Pommade contre l'eczéma. — Delaporte.

| | | |
|---|---|---|
| Acide borique pulv. | 5 | grammes. |
| Baume du Pérou | 1 | — |
| Glycérine neutre | 5 | — |
| Vaseline | 20 | — |

On dissout à chaud l'acide borique dans la glycérine, puis on ajoute les autres substances, et on obtient ainsi une pommade très homogène, recommandée contre l'eczéma et l'intertrigo.

N. G.

# COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le doyen recevra dans son cabinet le lundi et le vendredi de chaque semaine, à trois heures.

Le choléra. — Le fléau marche toujours. Une dépêche officielle, transmise au cabinet de Madrid, signale son arrivée à Alexandrie. Sans doute une dépêche qui nous arrive par cette voie inusitée mérite confirmation, mais la nouvelle nous paraît si grave que nous préférons la signaler sans plus attendre.

En suivant la route de la mer Rouge, le choléra aurait suivi sa marche naturelle. Donc, si la nouvelle de son arrivée à Alexandrie est fausse, comme nous voudrions le croire, il faut bien reconnaître que du moins elle est vraisemblable.

Si le choléra continue dans la voie où il s'est engagé, sa prochaine station sera soit Brindisi, soit Marseille. Il faut lui opposer, dans ces deux ports et dans tous les autres, une barrière qu'il ne puisse franchir.

La moindre négligence causera à l'Europe des malheurs incalculables.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

## Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr de Saint-Germain.

### LEÇON SUR L'OBÉSITÉ (1).

Messieurs,

J'ai décidé aujourd'hui de vous entretenir de l'obésité et des moyens de la combattre. Bien que ce sujet n'ait jamais été, que je sache, traité dans les ouvrages d'orthopédie, j'estime pourtant qu'il rentre dans l'étude des anomalies ou malformations qui sont l'objet de l'orthopédie. D'ailleurs, l'obésité est un obstacle à l'application de nombreux moyens orthopédiques; elle guérit par les moyens adjuvants de l'orthopédie, par l'hygiène et la gymnastique.

L'histoire de l'obésité, considérée comme une maladie, a été commencée par Hippocrate et continuée jusqu'à nos jours dans un grand nombre de publications et d'écrits divers. Le docteur Sedam Worthington, dans la réédition publiée en 1878, de sa thèse inaugurale de Paris (1875), a donné une bibliographie très riche de l'obésité. Son ouvrage, rempli de renseignements précieux de toute sorte, est dans sa forme résumée une véritable *bibliothèque* théorique et pratique de l'obésité. Pour ne pas sortir du cadre exclusivement clinique de mes leçons, je me bornerai à esquisser ici l'état actuel des connaissances pathologiques par rapport à l'obésité.

L'obésité est une maladie du tissu cellulo-adipeux. Elle est caractérisée par une accumulation morbide de la graisse sur les points de l'économie où elle se trouve normalement déposée. Le pannicule graisseux sous-jacent à la peau qui donne aux formes une rondeur agréable, et cet état potelé si généralement apprécié, peut en s'hypertrophiant engendrer la difformité pachydermique de certains obèses. — Des phénomènes de compression du dehors au dedans s'accomplissent alors dans certaines régions et s'additionnent à d'autres troubles produits par la graisse intérieure pour amener des désordres graves; c'est ainsi que la compression des pneumogastriques au cou et dans le médiastin produit à la fois l'engoûment pulmonaire, la

(1) Cette leçon fait partie d'un ouvrage qui paraîtra incessamment sous ce titre : *Les Malformations et leur thérapeutique*. Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants, par le docteur de Saint-Germain. Recueillies et rédigées par le docteur Pierre-J. Mercier, médecin-consultant aux eaux de Bourbonne-les-Bains.

---

## FEUILLETON

### DESCRIPTION D'UNE TROUSSE DE L'ÉPOQUE DE GALIEN.

L'histoire de la chirurgie antique est encore fort obscure, et les notions qu'on possède aujourd'hui sont surtout relatives à la pathologie.

La chirurgie opératoire est restée longtemps dans l'enfance, et, par suite, n'était pas séparée de la médecine. La chirurgie des tumeurs existait à peine, la chirurgie réparatrice n'existait pas, seules les lésions traumatiques étaient l'objet d'une étude suivie. Les guerres étaient l'origine d'un grand nombre de blessures à la guérison desquelles on s'appliquait. Il est difficile de se faire une idée exacte des moyens dont on pouvait disposer à telle ou telle époque, d'autant plus que les progrès imaginés dans un pays restaient longtemps secrets pour les autres.

Le plus petit indice de l'état de la science antique acquiert une grande importance à cause de sa rareté. Or, dans des fouilles faites en octobre 1880 dans le quartier de Saint-Marcel, à Paris, un de nos archéologues les plus distingués, depuis longtemps connu par ses nombreuses découvertes, a trouvé une série complète d'instruments de chirurgie constituant dans leur ensemble ce que nous pourrons appeler une trousse du temps.

Ces objets, parfaitement conservés, remontent au IIIe siècle, sous l'empire de Tétricus, et ne sont pas moins curieux au point de vue chirurgical qu'au point de vue de l'art. M. Toulouze nous ayant fait l'honneur de nous montrer ces précieux objets d'art et nous ayant autorisé à en publier une description, nous croyons être agréable à nos confrères en leur faisant

dyspnée, les palpitations cardiaques et la dyspepsie. Au même moment, l'hypertrophie des parties adipeuses intrapéricardiques ou cardiaques amène la surcharge graisseuse du cœur et l'asystolie. Néanmoins, le champ circulatoire s'agrandit pour suffire à la nutrition du tissu adipeux en excès, il y a multiplication ou tout au moins élongation des capillaires (Robin). La demande d'hématies s'accroît quand l'hématose est attaquée dans tous ses facteurs à la fois. Il y a donc hypoglobulie, anémie. Les viscères sous-diaphragmatiques sont tiraillés ou comprimés par les épiploons et le mésentère dont l'invasion par la graisse donne un appoint au *ventre* obèse. Ils se congestionnent facilement. Enfin l'exagération des traînées normales trop peu remarquées le long de l'artère testiculaire du canal déférent et des veines du cordon joue peut-être un rôle dans la production de la frigidité bien connue des obèses. A coup sûr, la graisse qui s'accumule sur les côtés de l'anneau ombilical a quelque chose à voir avec la genèse de la hernie ombilicale d'un pronostic si grave chez les obèses, surtout quand elle s'étrangle, comme il n'arrive que trop souvent.

On a dit et non sans raison qu'une épée de Damoclès est suspendue sur la tête de l'obèse. La liste des maux dont la vindicte médicale menace le Malade imaginaire de Molière n'est pas plus effrayante que celle des terminaisons funestes de l'obésité par l'asphyxie, la syncope, l'angine de poitrine, l'apoplexie, les hernies étranglées, sans parler de complications plus ou moins graves quelquefois mortelles, l'érysipèle gangréneux, l'anthrax malin, le diabète, les hémorrhagies, l'épilepsie, l'hystérie, la manie. Il y a donc une anatomie pathologique de l'obésité et des autopsies célèbres relatées par Dupuytren (*Journal de Corvisart*), Russel (*Brit. med. Journ.*), Schæffer (reproduit par Raige-Delorme), Aran. — Le point le plus tristement saillant de ces autopsies, le plus propre à troubler la quiétude de ceux d'entre vous qui cultivent gaiement une obésité commençante, c'est l'état du cœur.

Dans l'autopsie type d'Aran, le cœur hypertrophié était quadruplé de volume. Les cavités cardiaques dilatées étaient remplies d'une gelée noirâtre. Les orifices et les valvules étaient parfaitement sains. — Dans les 69 rapports authentiques réunis par Chambers sur des autopsies d'obèses, le cœur a été examiné 57 fois. Dans 50 autopsies, sur 57, on a trouvé des lésions cardiaques graves, hypertrophie sans dilatation, 16 fois; — hypertrophie et dilatation, 8 fois; — dilatation seule, 26 fois. — atrophie seule, 11 fois. — On a trouvé 16 fois une surcharge graisseuse du cœur.

Une question domine toutes les autres dans l'étiologie de l'obésité. Est-elle héréditaire? Sous certaines réserves que j'indiquerai, cela est infiniment probable. Elle

---

connaître des instruments probablement uniques dans leur genre, mais que M. Toulouze se fait un plaisir de mettre sous les yeux des archéophiles.

Donner une idée de ce que pouvait être la chirurgie dans les années qui ont suivi la mort de Galien est certainement du plus haut intérêt lorsqu'on se fonde sur une pièce dont l'authenticité est avérée.

Nous n'avons d'ailleurs pas la prétention de préciser à quoi ont pu servir ces instruments, nous nous contenterons d'en donner une description aussi fidèle que possible, laissant à de plus instruits le soin d'en déterminer l'usage.

Toutes ces pièces se trouvaient placées dans un vase de bronze arrondi, dans lequel étaient aussi deux boucles et toute une série composée de soixante-quinze pièces de monnaie à l'effigie de Tétricus. Les boucles, d'un usage difficile à déterminer, peuvent avoir servi au passage de liens destinés à soutenir l'ensemble de l'appareil que le chirurgien portait avec lui. L'une d'elle, en très bon état, possède son ardillon qui servait à arrêter la courroie; l'autre représente un anneau non fermé et dont les deux extrémités sont terminées par deux têtes de reptiles se regardant avec fureur, image fidèle de la confraternité du temps.

Les instruments tranchants sont représentés par deux couteaux pointus à double tranchant, dont les lames de 6 centimètres font corps avec un manche de même longueur peu volumineux et hexagonal.

Un instrument semblable, mais à bords mousses, constituait ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom de spatule. Une autre pièce peut être qualifiée de spatule, mais elle diffère beaucoup de la précédente, continuée par une lame de 1 centimètre de large sur 5 de long; elle porte un manche fin, arrondi d'environ un millimètre de diamètre, long de 7 centimètres, terminé à son extrémité par une boule olivaire de 1 centimètre de long sur 4 milli-

est quelquefois congéniale et c'est une cause de dystocie. J'ai pratiqué moi-même à la Maternité de Cochin et j'ai vu pratiquer, par M. Tarnier, l'application du forceps à l'extraction d'enfants pesant 10 livres 1/4 et 11 livres. L'analogie avec les animaux est aussi en faveur de l'hérédité. Un observateur compétent de Cincinnati, ville qu'on appelle familièrement Porcopolis, de l'autre côté de l'Atlantique, a constaté l'aptitude à l'engraissement de certaines races de porcs, les *Poland China*, les *Chester White* (race blanche de Chester), les *Berkshire and Kentucky thin rinds* (couennes minces de Berkshire et de Kentucky). Les canards d'Aylesbury jouissent du même privilége. Les résultats de la statistique médicale sont bien plus concluants.

Sur les 86 cas d'obésité observés par M. le professeur Ch. Bouchard, 31 ont révélé une hérédité soit en ligne directe, soit en ligne collatérale, ascendante ou descendante. — Sur les 38 cas observés par Chambers, l'obésité héréditaire a été constatée 22 fois en ligne droite et 7 fois en ligne collatérale. La liaison, maintenant démontrée de l'obésité avec les diathèses, permet de multiplier les constatations d'hérédité et de prendre sur le fait, passez-moi l'expression, l'hérédité larvée. Ainsi dans les 85 cas de Ch. Bouchard, en dehors des 31 cas d'hérédité franche ou concurremment avec cette hérédité, l'observateur a relevé 63 fois le rhumatisme, la goutte, la gravelle, l'asthme, la migraine, la scrofule des auteurs ou des collatéraux.

Chambers n'a relevé l'influence diathésique que 3 fois sur 38.

Les femmes paraissent payer un tribut plus lourd que les hommes à l'obésité. Il y a 62 femmes pour 24 hommes dans les 86 malades de M. Ch. Bouchard.— 8 femmes pour 4 hommes dans les 12 cas de M. Teissier, de Lyon. Les listes de M. Chambers et de Sedam Worthington donnent un nombre égal d'hommes et de femmes. M. Wadd compte plus d'hommes que de femmes. Les femmes sont plus portées que les hommes à l'obésité par la mollesse de leurs tissus et par leur vie ordinairement sédentaire. Dans les classes ouvrières, le mari qui prend ses repas au dehors et qui est de beaucoup le mieux nourri n'est pas toujours le plus gras. Les boissons alcooliques devraient l'engraisser, mais le dur travail qu'il est obligé de faire de temps en temps rétablit l'équilibre. Quand la femme cumule, c'est-à-dire joint l'alcoolisme à l'inaction, on voit naître le bel embonpoint qui caractérise les prostituées, car il est avéré que les prostituées, quand elles ne meurent pas phthisiques, deviennent obèses.

Pour ce qui est de l'âge, on trouve des obèses dans la première enfance : à l'âge de 2 ans (Bouchard); de 9 ans (Teissier); 4 cas sur 38, de la naissance à 5 ans;

---

mètres de large. L'usage de cette extrémité n'est pas fixé, mais un tel instrument pouvait sans contredit être un excellent explorateur ou même un petit cautère.

Il existait aussi une autre pièce entièrement semblable, au moins dans la portion retrouvée, qui présente le même bout olivaire rappelant celui des bougies de nos jours.

Les pinces sont richement représentées. Les unes sont à griffes, les autres sont de simples pinces fines pointues, d'autres à mors plats. Toutes formées d'une seule pièce et taillées dans le bronze, sont admirablement façonnées et possèdent une élasticité telle que la plupart ont encore conservé leur écartement normal.

Les pinces pointues, au nombre de deux, paraissent bien faites pour pénétrer dans des trajets fistuleux, et extraire soit des corps étrangers soit des esquilles.

Les pinces à mors plats, également au nombre de deux, l'une grande de 14 centimètres, l'autre plus petite (12 centimètres), se terminent en bas par deux mors recourbés l'un vers l'autre et d'une largeur d'un demi-centimètre.

Les pinces à griffes sont de formes diverses; les unes, analogues aux précédentes, n'en diffèrent que par les dentelures que présentent leurs mors, dentelures remarquables par leur finesse et leur adaptation parfaite.

Les autres présentent des mors qui s'élargissent brusquement près de leur terminaison et d'un seul côté, de façon à former un angle avec l'axe général de la pince. Toute leur étendue est finement dentelée. Si la pince agit tout entière, elle peut saisir une surface ; si on se sert seulement de l'extrémité pointue des mors, la pièce joue le rôle d'une très fine pince à griffes.

Les extrémités manuelles de toutes ces pièces sont constituées par des tiges tournées d'un fini remarquable qui leur donnent un cachet d'élégance digne de l'art antique.

2 cas de 5 à 10 ans; 2 de 10 à 15 ans; 7 de 15 à 20 ans; 4 de 20 à 25 et 13 de 25 à 30 (Chambers). Il y a donc une obésité des jeunes qui semble avoir des rapports plus intimes avec l'hérédité et qui a souvent été considérée comme plus grave. Le docteur Philbert, qui s'occupe spécialement de la cure de l'obésité aux eaux de Brides, voudrait qu'on réservât le nom de polysarcie à l'obésité la plus grave, celle qui survient pendant l'adolescence.

Les causes efficientes de l'obésité les plus connues sont l'ingestion d'une grande quantité de nourriture, un exercice et par suite une élimination insuffisants, l'absorption en trop grande quantité de vin et d'autres liqueurs alcooliques, de la bière surtout, le sommeil trop prolongé, le mariage. Je n'accepte, pour mon compte, cette dernière cause que sous bénéfice d'inventaire. On dit que le mariage est le commencement de la vie régulière, des repas réglés et d'autres habitudes salutaires qui profitent à l'embonpoint; il faut dire que cette influence adipogène est souvent bien compromise, je ne dirai pas toujours par le fâcheux caractère de l'épouse. Ceux-là même qui possèdent une aimable compagne sont préservés de l'obésité par le surcroit de travail, par les soucis que cause l'éducation, l'établissement des enfants. J'ai remarqué que dans le veuvage les hommes engraissent et les femmes maigrissent.

Quelques autres causes sont moins universellement connues et méritent de l'être. Ce sont : la convalescence des fièvres graves, un flux menstruel trop prolongé, un traitement d'une certaine durée par le mercure. Wadd considère le mercure comme le remède héroïque de la maigreur *modus pinguefaciendi*. Liégeois, chirurgien de l'hôpital du Midi, soutint la même opinion dans la Société de chirurgie, dans le sein de laquelle Desprez avait entamé une campagne à fond contre la médication mercurielle. Liégeois déclarait que dans sa longue pratique, il avait toujours vu les syphilitiques engraisser et embellir même sous l'influence du mercure. Boerhave a constaté un cas d'obésité qui s'est promptement, presque subitement, déclaré après des saignées copieuses. Il semble qu'après une forte spoliation ou une violente dépression de l'organisme par les privations, le froid, la fatigue, il y ait imminence d'obésité en vertu de l'élan réparateur lui-même qui, secondé par une alimentation appropriée, peut dépasser le but. La privation d'un membre, la castration prédisposent à l'obésité. Tout le monde a constaté les effets de la castration sur les bœufs, les chats et les chapons. Un pêcheur anglais, Samuel Tell, pratiqua la castration des poissons en séance de la Société royale de Londres. L'effet engraissant de la castra-

---

Une seule présente à sa terminaison un crochet triangulaire à la coupe, recourbé, pointu à son extrémité, et dans la concavité duquel on remarque de fines stries transversales entièrement semblables à celles d'une lime. C'est là une sorte de ténaculum pouvant servir à écarter les bords d'une plaie ou à extraire un corps étranger.

Un instrument ayant la forme d'une petite pelle de 3 centimètres de diamètre montée sur manche creux long de 18 centimètres, avait évidemment l'usage d'insufflateur et servait à introduire dans les cavités naturelles les agents médicamenteux déposés sur le plateau ou à doser les médicaments.

Une capsule hémisphérique de 4 centimètres de diamètre, présentant un bec pour l'écoulement des liquides, munie d'un long manche, semble avoir servi à chauffer les pommades et onguents. Une usure qu'elle présente vers son fonds paraît résulter de son contact prolongé avec le feu. La préparation et les mélanges des onguents semblent, en effet, avoir joué un grand rôle dans la pratique médicale du temps, si on en croit les cinq tubes de bronze doré que l'on a trouvés avec ces instruments. Parmi ces tubes, il en est un qui, usé sur une de ses faces, laisse voir de l'onguent dont la conservation paraît due à l'oxyde de cuivre répandu à sa surface. Les cinq tubes sont de même diamètre et ont 15 centimètres de long.

Nous devons parler d'un instrument dont le rôle est difficile à interpréter et qui n'a rien d'analogue parmi ceux qui servent actuellement. Il est long de 20 centimètres; composé de deux branches articulées, à la manière des ciseaux, chacune présente à sa terminaison une surface formant le quart de la circonférence d'un ovoïde, dont un bord est finement dentelé, pour correspondre exactement à une dentelure semblable de sa branche opposée. Lorsque les deux branches sont réunies, elles forment la moitié d'un ovoïde. Les manches sont ornementés, et lorsque l'instrument est fermé, ils restent encore écartés d'environ 4 centimètres.

tion sur l'homme a été contesté par Godard, qui a trouvé les eunuques d'Egypte efflanqués, avec des jambes et des pieds démesurément longs. Il semble que le portrait généralement admis de l'obèse ait été fait exclusivement par la main des maigres tant il est peu flatté. L'art nous en offre un specimen, le Joe de Dickens, *the fat, hungry, sleepy boy*, le garçon jouflu, glouton, endormi. On nous représente l'obèse comme un être lourd, flegmatique, vorace, buveur surtout, quelquefois buveur d'eau mais toujours avec excès. L'homme est peu porté aux plaisirs de l'amour, la femme est inféconde, leur température extérieure est peu élevée. Devant cette description qui conviendrait aussi à un goîtreux ou à un crétin, on est tenté d'évoquer les morts illustres qui furent obèses, et de leur faire plaider la cause de la confrérie. C'était un obèse, cet Epaminondas que trois hommes ne pouvaient étreindre avec leurs bras. « Je laisse deux filles, Leuctres et Mantinée », disait cet homme unique en mourant victorieux. Peut-être dut-il à son obésité de n'avoir pu engendrer d'autre postérité que des victoires. Guillaume-le-Conquérant était un obèse, ce qui ne l'empêcha pas de *gaigner* un royaume avant de mourir de l'érysipèle gangréneux auquel son obésité lui donnait droit. Notre siècle a connu des obèses illustres ou distingués, le roi Louis XVIII, le romancier Balzac, les critiques Gustave Planche et Jules Janin. Il faut donc reconnaître que tous les tempéraments ne succombent pas immédiatement sous le fardeau de l'obésité, quoiqu'il soit senti par tous.

Il y a un diagnostic à faire de l'obésité. Cela ne semble pas difficile dès l'abord. Pourtant, chez les femmes, le diagnostic de la grossesse avec le ventre adipeux a donné lieu à des erreurs, mais la vraie question n'est pas là. Celle qui nous importe est celle-ci : n'y a-t-il pas au point de vue du pronostic un diagnostic à établir entre l'obésité franchement héréditaire, l'obésité congéniale, celle des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, et l'affection analogue qui se montre avec ou sans hérédité, chez des sujets de 25 à 45 ans? Le bon sens, d'accord avec la clinique, se refuse à mettre sur la même ligne le nouveau-né monstrueux, dont la naissance coûte la vie à sa mère et qui succombe lui-même asphyxié peu de temps après, l'enfant, l'adolescent polysarciques, ceux que, dans un langage pittoresque, on a appelés les *petits gras* et l'homme ou la femme du monde qui, en mûrissant, ont pris du ventre, comme on dit vulgairement. L'épée de Damoclès est sur toutes ces têtes, mais elle ne menace pas également ceux qu'a marqués de bonne heure la fatalité de la race et ceux qui ont acquis leur obésité par un régime toujours modifiable à

---

L'articulation est plus rapprochée de l'extrémité dentelée que de l'extrémité des manches. Cet instrument, lorsqu'il est fermé, peut être introduit sans danger dans les cavités ou les plaies, et, lorsqu'il est ouvert, il peut saisir les corps, sectionner les tissus en les écrasant, servant ainsi d'agent hémostatique, et recueillir dans sa concavité la partie détachée.

Pour être complet, signalons une pierre aplatie, rectangulaire, sur laquelle on étendait probablement ces onguents, et qui servait certainement à aiguiser ces tranchants, ainsi que le prouve l'usure qu'elle présente en un endroit. Une petite pierre très dure, arrondie, polie à sa surface, y est jointe; son usage nous échappe.

Tous les instruments sont en bronze mêlé d'une partie d'argent. Peut-être doit-on leur parfaite conservation à cet alliage précieux? Au temps de Galien, l'art de travailler le bronze était en honneur, et d'habiles ouvriers s'y adonnaient. C'est ainsi qu'on a pu découper d'une seule pièce, dans de fortes plaques de bronze, les objets qui nous occupent. On est surpris de l'élégance de leurs formes, du merveilleux poli de leurs arêtes vives. En tenant compte des difficultés que devait rencontrer la fabrication à cette époque, en songeant que de nos jours, avec un outillage perfectionné, on ne pourrait guère reproduire ces instruments qu'en plusieurs pièces, et qu'on ne saurait surpasser leur finesse, on admire la patience et l'habileté de l'ouvrier antique.

Au point de vue médical, la composition de ces instruments semble montrer que l'usage des onguents, l'extraction des corps étrangers, jouaient un grand rôle dans la chirurgie, et que d'ailleurs la médecine et la pharmacie lui étaient associées.

D^r^ MOOK.

leur gré. L'abus des boissons alcooliques joue un rôle aussi prédominant par rapport aux derniers que les dégénérescences héréditaires par rapport aux premiers. Cet alcoolisme, contrairement à toute prévision, ne s'attaque pas de préférence aux classes ouvrières. L'ouvrier boit en excès le jour de la paye et quelques jours après. Il contracte, en raison de cet excès, une indisposition qui le purge et se remet pour un temps au travail le ventre et le gousset vides. L'homme du monde qui boit tous les jours à chaque repas sa bouteille et son petit verre d'eau-de-vie dans le café, risque bien davantage de tomber dans l'obésité, mais il est clair que toute question d'aptitude individuelle réservée, cette obésité cédera plus facilement à un traitement approprié.

Vous supposez bien, Messieurs, que la thérapeutique n'est pas sans armes contre une aussi redoutable affection. Depuis Galien qui préconise les grands moyens, le persil et la cendre de vipère, jusqu'à Gubler qui a fait, en 1876, un cours sur le traitement de l'obésité, tout le monde s'est accordé à favoriser l'évacuation du produit morbide au moyen des altérants, des diurétiques, des purgatifs, mais le régime et l'exercice sont des moyens bien autrement efficaces. Je vais vous retracer l'histoire d'un cas d'obésité vaincue par l'emploi unique de ces deux moyens. Le sujet de l'observation que nous appellerons X... sera, pour vous, une fois de plus intéresant quand vous saurez qu'il appartient au corps médical des hôpitaux et vous est connu presque aussi particulièrement qu'à moi-même.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

## BIBLIOTHÈQUE

**TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU**, par J.-B. HILLAIRET, rédigé et précédé de l'anatomie et de la physiologie de la peau, par E. GAUCHER, interne lauréat des hôpitaux, etc. Paris, O. Doin.

Atteint par la limite d'âge, M. Hillairet a pensé qu'il ne pouvait mieux utiliser les loisirs que lui a faits sa retraite des hôpitaux qu'en réunissant en un volume les notes prises pendant sa longue pratique à l'hôpital Saint-Louis. On ne pent que l'en féliciter. *A priori*, un livre écrit dans de telles conditions doit être essentiellement clinique et d'une utilité incontestable, ayant pour base une expérience de vingt années acquise par l'observation quotidienne au lit du malade. Cette opinion ne tarde pas à être confirmée par la lecture du livre, ou plutôt de son premier fascicule, le seul qui ait encore paru.

Celui-ci, relatif à des considérations générales sur la pathologie cutanée, commence par deux chapitres sur l'anatomie et la physiologie normales de la peau, rédigés par la plume compétente de M. Gaucher, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine; on trouve là, résumé en une cinquantaine de pages, l'état actuel de nos connaissances à ce sujet. Ces préliminaires, indispensables au début d'une œuvre de ce genre, sont exposés très clairement; pour en faciliter encore la lecture et l'intelligence, M. Gaucher a enrichi son texte de figures dessinées par lui-même et qui donnent une idée très exacte de l'histologie de la peau. Disons tout de suite que la collaboration de M. Gaucher ne s'est pas bornée à cela. Il a colligé, dit son maître, des conférences déjà publiées, des notes et des observations inédites, et les a converties en un traité théorique et pratique de dermatologie. On est fort autorisé à croire que cette association d'une plume jeune et d'un esprit mûr ne pourra produire qu'un bon livre.

Vient ensuite un chapitre très important sur la séméiologie générale des affections cutanées. Adoptant sur ce point la classification de Willan et de Bateman, qu'il modifie un peu, M. Hillairet étudie la signification séméiologique des affections cutanées dans l'ordre suivant : 1° *Lésions primitives* : altérations de coloration (macules ou taches), vésicules, bulles, pustules, papules, tubercules, squammes; 2° *lésions secondaires* ou *deutéropathiques* : excoriations et ulcérations, croûtes, cicatrices. Comme autres affections secondaires, il considère encore les *hypertrophies* ou tumeurs et les atrophies. Enfin il examine la valeur séméiologique des *altérations purement fonctionnelles* : altérations de la sensibilité, hyperesthésie et anesthésie; troubles divers de sécrétion, hyperhydrose, anhydrose, etc.

Ce n'est pas sans intention que M. Hillairet a donné à ce chapitre de grands développements. « Dans le cours de ce livre, dit-il dans sa préface, je me suis appliqué à mettre de côté toute discussion doctrinale. Je considère que ce serait du temps perdu. Je me suis, au contraire,

astreint à décrire le plus exactement possible les maladies, à en établir le diagnostic et à poser les bases du traitement dans les différentes espèces et variétés de la même maladie. Depuis longtemps déjà, j'ai pu constater que les élèves qui avaient suivi pendant plusieurs mois, une année même, mon service ou ceux de mes savants collègues, restaient souvent impuissants à faire et à justifier un diagnostic, et j'ai acquis la certitude qu'ils n'avaient pas une connaissance suffisante de la valeur séméiologique de la lésion. C'est pourquoi j'ai consacré la première partie de cet ouvrage à décrire avec un soin tout particulier et plus de développement qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour, la séméiologie cutanée. »

Après les chapitres consacrés à l'anatomie, à la physiologie et à la séméiologie des affections cutanées, en viennent d'autres, tout aussi intéressants, sur l'anatomie pathologique, l'évolution, le diagnostic, le pronostic, l'étiologie et la thérapeutique de ces affections, toujours au point de vue général. Cette étude aboutissait naturellement à une classification des maladies de la peau.

Depuis Mercuriali (1572) jusqu'à notre époque, les classifications n'ont certes pas manqué. M. Hillairet, qui en a compté plus de 100, rapporte les principales, en démontre les avantages et les inconvénients, et en propose une nouvelle.

A son tour, cette classification est-elle irréprochable ? M. Hillairet ne le pense pas, et en indique les parties faibles. Il déclare qu'une classification dermatologique satisfaisante est actuellement impossible à faire, et la sienne n'a d'autre but « que de grouper les maladies de la peau en un tableau synoptique, et dans des divisions bien distinctes, de manière à les présenter, autant que cela est possible, sous le quadruple aspect du processus morbide, de la valeur séméiologique, du siége de la lésion et de la cause probable, conditions essentielles d'où découlent les indications thérapeutiques. »

Ceci nous apprend, ce que nous avions déjà soupçonné, que le présent livre était écrit surtout au point de vue pratique, pour venir en aide à l'élève et au médecin praticien qui, dans le cours de ses études, n'a pas eu le temps de suivre l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis. Voyons maintenant ce que sera ce nouveau traité de dermatologie au point de vue scientifique et doctrinal.

On accorde actuellement en France une influence tellement grande aux affections constitutionnelles sur les exopathies, qu'il eût été difficile à M. Hillairet, pratiquant à côté de Bazin et de Hardy, de ne pas tenir compte de cette notion.

Néanmoins, ce n'est pas sans réserve que M. Hillairet l'a adoptée. D'abord séduit par les doctrines de Bazin, il a modifié peu à peu ses premières idées. A la vérité, il ne partage pas les doctrines de l'école de Vienne, qui, ne reconnaissant que des altérations locales, nie absolument toute influence diathésique ou constitutionnelle. Il pense au contraire que, en dehors des causes extérieures et directes, la notion des causes générales diathésiques ou constitutionnelles s'impose à l'esprit du médecin. Ce qu'il n'accepte pas « ce sont les exagérations injustifiables qui ne reposent sur aucun fait clinique bien observé. »

Partisan convaincu de l'influence des états diathésiques et constitutionnels sur la pathologie médicale et chirurgicale, nous ne pouvons qu'approuver M. Hillairet de n'accepter, à ce point de vue en particulier, que ce qu'il a observé. Ce qui a surtout nui jusqu'à présent au progrès de ces notions générales, c'est précisément la pénurie d'observations bien prises, remplacées dans la pathologie par des assertions plus ou moins vagues et plus propres à égarer le clinicien qu'à l'éclairer. Nous ne doutons pas que le livre de M. Hillairet, écrit avec cette manière de voir, ne puisse combler la lacune que nous signalons et ne doive être souvent consulté avec profit.

L.-H. PETIT.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE. — Des rechutes dans la coxalgie. — Rapports : sur une observation de cure radicale d'une hernie irréductible, sans excision du sac ; — sur une observation d'inversion utérine prise pour un polype et traitée par la ligature. — Opération de la kélotomie, dans un cas de hernie ombilicale étranglée, suivie de guérison. — Ablation de goître hypertrophique suivie de mort par infection purulente. — Présentation de malade atteinte d'éléphantiasis des membres inférieurs. — Présentation de pièce pathologique : tumeur érectile et kystique congéniale.

M. TRÉLAT demande à faire une rectification au sujet des paroles qu'il a prononcées lors de la discussion soulevée par la communication de M. Verneuil sur les accidents tardifs de la

coxalgie, paroles qui, au dire de M. Trélat, ont été imparfaitement reproduites par la presse médicale.

On a fait dire à M. Trélat qu'il n'avait jamais vu que deux cas de guérison de coxalgie. M. Trélat a voulu dire qu'il n'avait jamais vu que deux cas de guérison complète, absolue, sans déformation, sans troubles fonctionnels appréciables. Mais, en dehors de ces deux cas exceptionnels, il a obtenu de nombreuses guérisons incomplètes, il est vrai, et dans lesquelles on pouvait constater les traces laissées par la maladie : déformation, raccourcissement du membre, ankylose, etc.

Quant aux observations qui ont fait le sujet de la communication de M. Verneuil, M. Trélat déclare n'en avoir pas vu un seul exemple.

Les récidives apparentes dont a parlé M. Verneuil seraient aux yeux de M. Trélat, jusqu'à preuve du contraire, de véritables rechutes.

La douleur peut ne pas exister dans bon nombre de cas, elle n'est pas indispensable; les accidents inflammatoires peuvent être extrêmement peu marqués; mais ce n'en sont pas moins des rechutes réelles, qu'il faut traiter de la même manière qu'une coxalgie avérée, sous peine de voir les accidents inflammatoires, d'abord à peine accusés, revêtir un caractère de gravité de plus en plus considérable.

M. Trélat ne saurait trop répéter ce qu'il a dit dans la discussion, à savoir que la coxalgie est une maladie longue, à marche lente, insidieuse, exigeant un très long traitement, et sujette aux rechutes dès que les malades sortent trop tôt du repos et de l'immobilité forcés de la gouttière et autres appareils inamovibles. Mais des cas de récidive apparente, produits simplement par la paralysie de certains muscles et par la contracture de leurs antagonistes, sans aucun phénomène inflammatoire dans les tissus de l'articulation, de ces cas, M. Trélat déclare encore une fois qu'il a n'en jamais vu un seul exemple.

M. Verneuil répond que lui-même n'avait jamais vu de fait de ce genre lorsqu'il a eu, il y a un an, l'occasion d'observer le premier, et le second il y a quelques mois seulement. Dans ces deux cas, il lui a été impossible de rattacher la récidive de la déformation à des accidents inflammatoires. L'arthrite était guérie et bien guérie lorsque la déformation s'est reproduite lentement, petit à petit, par suite de la paralysie évidente des muscles fessiers et par la contracture lente des muscles fléchisseurs et adducteurs. Ce n'est pas la maladie qui s'était reproduite dans ces cas, mais seulement la difformité. M. Verneuil pense que M. Trélat et d'autres chirurgiens auront certainement tôt ou tart l'occasion d'observer des faits du même genre.

M. Marjolin fait observer que les phénomènes de la coxalgie diffèrent suivant l'époque à laquelle on observe les malades. Après une course prolongée, ayant produit de la fatigue, on observe pendant un temps plus ou moins long une claudication et des douleurs qui cessent par le repos, les bains et l'immobilisation dans la gouttière. Ces moyens suffisent quand il s'agit d'une arthralgie simple, accompagnée ou non d'un peu d'hydarthrose; la résolution se fait d'une manière complète, et les malades, radicalement guéris, ne sont pas exposés à des rechutes, à moins que les enfants ne soient de nouveau fatigués et surmenés par des travaux que leur imposent des parents déraisonnables.

Le médecin est parfois, sans le vouloir, complice de l'aggravation des premiers phénomènes de la coxalgie, en attribuant les accidents, la douleur et la claudication à la « croissance ». Sous l'influence de cette idée erronée, on laisse les malades marcher, courir, se fatiguer, et l'on voit, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, se dessiner tous les signes d'une coxalgie grave qui laissera des traces ineffaçables. M. Marjolin a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre, et il a fait la remarque que les enfants atteints de coxalgie provenaient souvent de parents tuberculeux.

En résumé, suivant M. Marjolin, les phénomènes de la coxalgie diffèrent suivant l'époque et la nature de la maladie; on peut obtenir des guérisons complètes, sans rechute, dans les cas simples, c'est-à-dire sans lésions osseuses, à la condition de surveiller les enfants et de ne pas les exposer à la fatigue. Mais s'il existe des lésions osseuses, la coxalgie laissera, quoi qu'on fasse, des traces ineffaçables.

M. Trélat déclare que la discussion engagée entre M. Verneuil et lui se poursuivrait vainement dans les conditions actuelles; c'est au contrôle des faits que devront être soumises les opinions contraires qu'ils ont émises l'un et l'autre.

M. Périer lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Lemée, de Saint-Sever-sur-Adour, et qui a pour titre : *Hernie étranglée, kélotomie pratiquée après plusieurs tentatives de taxis forcé ayant amené la rupture de la tunique externe de l'intestin; cure radicale obtenue sans excision du sac.*

Le 4 février 1880, le docteur Lemée fut appelé auprès d'un homme de 60 ans, cultivateur,

d'une bonne santé habituelle, mais ayant depuis longtemps deux hernies inguinales difficiles à maintenir par les bandages.

Le 2 février, la hernie du côté gauche devint irréductible; le médecin ordinaire du malade fit une tentative de taxis modéré pendant dix ou douze minutes, et, n'ayant pu parvenir à la réduire, n'insista pas davantage et se borna, en l'absence de tout autre accident que l'irréductibilité, à prescrire le repos, les émollients et l'opium.

Le soir, le malade eut une selle naturelle; mais comme il voulait absolument que sa hernie fut réduite, il se mit entre les mains d'un spécialiste de l'endroit qui pratiqua deux séances de taxis, la première d'une heure et demie, la seconde d'une heure de durée, dans l'intervalle desquelles un grand bain fut administré, le tout sans aucun résultat.

Au moment où M. Lemée vit le malade, le 4 février, vers dix heures du matin, cinq heures après la dernière tentative de taxis forcé, il n'y avait pas de fièvre; il n'existait de douleur qu'au niveau de l'anneau inguinal; il y avait eu émission de gaz par l'anus. Mais le scrotum était distendu par la hernie et une vaste infiltration séro-sanguine.

Le docteur Lemée, craignant l'explosion à brève échéance de quelque phlegmasie grave, se décide à traiter cette hernie irréductible comme une hernie étranglée.

Après ouverture du sac, il mit à découvert une anse intestinale de 30 centimètres de longueur, qui présentait sur deux points une déchirure du péritoine en forme de boutonnière.

Après avoir débridé le collet en deux ou trois endroits, il tenta la réduction, mais il ne put rentrer que la moitié de l'anse intestinale. Il fit alors trois piqûres sur la paroi distendue, mais l'affaissement de l'intestin ne fut pas immédiat; il n'y eut pas issue apparente de gaz; cependant la réduction se compléta quelques instants après.

La plaie fut réunie par trois points de suture profonde, dont un comprenait les parois du sac au niveau du collet, en fermant hermétiquement l'ouverture du péritoine. Un drain fut insinué dans l'un des angles de la plaie.

La méthode de Lister fut employée dans toute sa rigueur pendant et après l'opération; c'est à elle que le docteur Lemée attribue le succès complet qu'il a obtenu, car le malade, opéré le 5 février, se levait le 19, muni d'un bandage double, et, depuis cette époque, la hernie ne s'est pas reproduite.

Ainsi, il résulte de cette observation : 1° que le taxis forcé n'a pas eu de conséquences graves; 2° que la hernie a guéri sans excision du sac.

M. le rapporteur fait observer que, si l'étranglement eût été absolu et eût daté d'un certain nombre d'heures, la première séance de taxis eût probablement été plus que suffisante pour crever l'intestin.

Il y avait contusion avec rupture partielle d'un intestin préalablement sain ou à peu près, et les précautions antiseptiques prises par le chirurgien n'ont pas été étrangères à la bénignité des suites de cette contusion.

Quant à la guérison de la hernie sans excision du sac, M. Périer croit qu'il faut attendre plus de quatre mois pour affirmer qu'elle est radicale, surtout si le malade n'a pas cessé de porter un bandage. Il pense que l'excision du sac n'est pas une garantie absolue contre la récidive de la hernie, mais que la récidive est presque la règle lorsque l'excision n'a pas été pratiquée; celle-ci doit donc toujours être tentée, à moins de contre-indications particulières.

M. le rapporteur conclut en proposant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements; 2° d'inscrire son nom dans un bon rang sur la liste des candidats à la place de membre correspondant national. (Adopté.)

M. Desprès croit devoir protester contre les manœuvres du taxis appliquées au traitement des hernies irréductibles. Quand il n'existe qu'une simple irréductibilité, il ne faut pas employer d'autre traitement que les purgatifs, les bains et la compression avec la bande de caoutchouc.

M. Desprès proteste également contre l'opération de la hernie étranglée appliquée à la hernie simplement irréductible. Nombre de malades ont été tués net par cette pratique déplorable.

M. Trélat admet en principe l'opinion que vient d'émettre M. Desprès; mais, dans le cas particulier auquel M. Lemée a eu affaire, il trouve que le blâme de M. Desprès est exagéré. Sans doute, le malade n'offrait pas de phénomène d'obstruction intestinale; mais les manœuvres violentes de taxis forcé et prolongé qu'il avait subies de la part d'un médicastre de village, et qui avaient fortement contusionné l'intestin, devaient faire craindre le développement d'accidents inflammatoires d'une haute gravité auxquels le chirurgien était en droit de remédier par l'incision des tissus.

D'ailleurs, dans ces derniers temps, les succès de la méthode antiseptique ont ouvert la porte aux opérations destinées à obtenir la cure radicale des hernies irréductibles.

M. Trélat ne veut pas dire qu'il faille d'emblée opérer une hernie irréductible qui ne présente aucun phénomène d'étranglement. Mais lorsqu'une hernie volumineuse, irréductible, non étranglée, a résisté à l'emploi des moyens hygiéniques, du régime, des tentatives modérées de taxis, de la compression ; lorsqu'il est prouvé qu'elle reste décidément irréductible, qu'elle ne peut être contenue et qu'elle constitue une infirmité grave pour le malade auquel la vie est ainsi rendue pénible et difficile, le chirurgien a parfaitement le droit de chercher à obtenir, par une opération, la cure radicale de cette hernie, à la condition d'attendre un temps suffisant pour qu'il lui soit bien démontré qu'elle est définitivement irréductible ou impossible à contenir.

M. Périer lit un second rapport sur une observation adressée par M. le docteur Chavernac (d'Aix) et relative à un cas très intéressant d'inversion de l'utérus.

Le sujet de cette observation est une femme d'une soixantaine d'années accouchée pour la dernière fois à l'âge de 28 ans. La sage-femme avait exercé sur elle, pendant la délivrance, des manipulations intempestives qui avaient occasionné des douleurs violentes et une abondante hémorrhagie. La malade avait cru faire un second enfant et avait éprouvé, après ces manœuvres, une sensation de plénitude dans le vagin.

Depuis lors, chaque époque cataméniale avait été accompagnée d'hémorrhagies profuses qui avaient un peu altéré sa santé, sans l'empêcher pour cela de vaquer aux soins de son ménage. Bien qu'arrivée à l'âge de 58 ans, elle ne croyait pas avoir franchi l'époque de la ménopause, car elle avait toujours des pertes qui revenaient par intervalles irréguliers.

Depuis quelque temps déjà elle avait constaté un engorgement œdémateux des membres inférieurs. Un médecin auquel elle s'adressa prit la tumeur pour un polype, la saisit avec des pinces de Museux et l'attira au dehors en provoquant de violentes douleurs lombaires. Il essaya ensuite des mouvements de torsion, mais la douleur fut si vive qu'il dût les cesser immédiatement.

Un ligature avec un fil ciré fut alors jetée sur le pédicule et la constriction fut faite à l'aide d'un serre-nœud. Les douleurs devinrent plus vives que par la torsion, et la patiente, qui n'était pas anesthésiée, demanda à grands cris que l'on arrêtât la constriction. Des nausées et des vomissements se manifestèrent tout aussitôt. L'opération fut suspendue et la tumeur refoulée dans le vagin. On prescrivit une potion opiacée.

Dans la nuit du même jour se manifesta une hémorrhagie grave qui dura jusqu'à trois heures du matin.

Le docteur Chavernac, mandé auprès de la malade, douze heures environ après l'opération, la trouva dans l'état suivant; elle était pâle, affaiblie, les yeux hagards, les lèvres violacées. La respiration était rapide, saccadée, le pouls petit, filiforme, précipité, la peau froide, inondée d'une sueur profuse. La malade poussait des cris déchirants, et, d'une voix entrecoupée, se plaignait de vives douleurs dans les reins, les cuisses et dans la jambe gauche qu'elle ne pouvait plus remuer; ce membre, en effet, était devenu complètement paralysé immédiatement après la ligature.

Sous l'influence des efforts, la tumeur était sortie hors du vagin; elle était grosse comme le poing et faisait une saillie de 7 à 8 centimètres hors de la vulve; elle était saignante, turgescente et d'une couleur rouge lie de vin. Sa surface était sillonnée de rides circulaires et transversales; son sommet était déchiqueté, comme dilacéré, le pédicule était uni et rosé.

A la palpation, elle donnait la sensation d'un vide dans son intérieur, et, en la pressant entre les doigts, on arrivait à produire le contact des parois, signe qui servit au docteur Chavernac à établir le diagnostic.

Le col utérin paraissait presque effacé, comme au moment de l'accouchement. un peu avant la dilatation complète. Entre le col et la tumeur il existait une gouttière circulaire terminée partout en cul-de-sac, signe certain d'un renversement utérin. Par la palpation abdominale et le toucher rectal, on ne rencontrait aucun organe dans la cavité pelvienne, l'utérus n'occupant pas sa place habituelle.

Le docteur Chavernac coupa immédiatement le fil, la tumeur fut refoulée dans le vagin, et des tampons de coton attachés en queue de cerf-volant furent enfoncés un à un dans la cavité vaginale, le premier étant imbibé de perchlorure de fer. Il y eut un calme relatif; les douleurs lombaires cessèrent; mais la malade se plaignait toujours de la jambe gauche.

Cependant l'état général ne s'améliora pas et la malade, prise d'algidité croissante, succomba le même soir à dix heures, c'est-à-dire trente-six heures après l'opération de la ligature.

La pièce pathologique démontre qu'il s'agissait bien, dans le cas de M. Chavernac, d'une inversion utérine complète.

M. le rapporteur, après avoir examiné et discuté plusieurs points de l'observation de M. Chavernac, se demande en terminant si ce chirurgien a fait pour le mieux en supprimant

la ligature pratiquée chez la malade par le médecin qui l'avait précédé, et s'il n'aurait pas dû agir autrement.

Il est certain, dit-il, que la suppression de la ligature a été suivie d'un soulagement, mais la rémission a été peu de chose et la malade a succombé le soir même.

Il est évident que la constriction exercée par la ligature a été insuffisante, puisqu'il est survenu, malgré la ligature, une hémorrhagie grave. La constriction a été insuffisante parce que la malade n'a pas été anesthésiée, et que l'opérateur a dû s'arrêter devant la gravité des manifestations douloureuses.

Si la malade avait été anesthésiée, la ligature aurait pu être portée jusqu'à interruption complète de la circulation; il n'y aurait pas eu d'hémorrhagie, et, probablement, il n'y aurait eu, au réveil, qu'une douleur justiciable des narcotiques. Mais il s'est présenté ici un fait spécial, la paralysie brusque, complète, d'un des membres inférieurs, qui ne légitimerait pas cette induction.

Sans cette circonstance, M. Périer n'hésiterait pas à reprocher à M. Chavernac de n'avoir pas endormi la malade pour porter tout de suite la constriction jusqu'à la mortification des tissus, en complétant ainsi une opération demeurée incomplète.

Quoi qu'il en soit, M. Périer trouve l'observation de M. Chavernac doublement intéressante en raison de l'enseignement qu'on en peut tirer.

En conséquence, il conclut en proposant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements ; 2° d'inscrire son nom, dans un rang honorable, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national. (Adopté.)

— M. Chauvel donne lecture d'une observation de kélotomie qu'il a pratiquée avec succè pour un cas de hernie ombilicale étranglée.

— M. le docteur Bouilly lit une observation d'ablation d'un goître hypertrophique simple, à la suite de laquelle se sont manifestés des accidents d'infection purulente qui ont enlevé la malade soixante heures environ après l'opération, malgré l'emploi rigoureux des précautions prescrites par la méthode antiseptique.

— M. Charles Monod présente une malade affectée d'éléphantiasis des membres inférieurs, principalement du membre inférieur droit; la malade offre cette particularité remarquable que les deux pieds sont absolument exempts des atteintes du mal.

— M. Lannelongue met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique qu'il a recueillie sur un enfant venu au monde avec une tumeur de la grosseur d'une cerise, appendue par un pédicule au côté externe du cinquième doigt de la main gauche, et ayant, au premier aspect, l'apparence d'un doigt surnuméraire. M. Lannelongue a pratiqué l'ablation de cette petite tumeur, évidemment congénitale, et l'a trouvée constituée par deux parties :

1° Une partie centrale formée uniquement, à la façon des tumeurs érectiles, par un lacis de vaisseaux ;

2° Une partie périphérique formée de tissu lacunaire, à la manière d'une membrane kystique. On constate que les vaisseaux du pédicule sont sclérosés et devenus imperméables au courant sanguin.

En somme, il s'agit ici non d'une tumeur érectile en forme de tache, comme celles que l'on observe ordinairement, mais d'une véritable tumeur congéniale, composée à la fois de tissu érectile et de tissu kystique.

D[r] A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Tuberculose; thrombose du tronc brachio-céphalique*; *adénopathie bronchique*, par M. le professeur Pérot. — Le malade ne possédait pas d'antécédents héréditaires ; il éprouvait seulement depuis quelques jours une douleur du côté droit de la poitrine, de la dyspnée et de la fièvre. Au sommet droit, en avant et en arrière, on constate un souffle caverneux, des râles sous-crépitants et, à la base, quelques frottements pleuraux. Le lendemain, le bras gauche, le côté gauche du tronc, sont le siège d'un œdème intense et d'un notable abaissement de température. La veine axillaire est indurée sous forme d'un cordon résistant. Enfin, le malade succombe après avoir présenté de l'œdème unilatéral de la face.

A l'autopsie, on constate un thrombus des veines du bras gauche, de l'axillaire et du tronc brachio-céphalique jusqu'au voisinage de la veine cave supérieure. La jugulaire interne est

oblitérée. Un caillot primitif situé dans le tronc brachio-céphalique s'est formé au niveau d'un point où existe un amas volumineux de ganglions hypertrophiés. Le poumon droit présente une vaste caverne au milieu de son parenchyme, qui est semé de tubercules, et les coupes du cerveau indiquent seulement l'anémie cérébrale.

L'obstruction veineuse était due à l'hyperthrophie ganglionnaire et la thrombose était le résultat d'une compression mécanique et non pas le résultat de l'inopexie. Celle-ci a pu être la cause prédisposante, et alors l'adénopathie bronchique a été la cause efficiente. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, p. 871 ; 20 août 1881.) — Ch. E.

## FORMULAIRE

### Pilules contre l'urticaire. — Schwimmer.

| | |
|---|---|
| Sulfate d'atropine. . . . . . . . . . . . . . | 0 gr 01 centigr. |
| Eau distillée et glycérine, *ââ*. . . . . . . | 1 gramme. |
| Gomme adragante pulv. . . . . . . . . . . | q. s. pour 10 pilules. |

Deux par jour : une le matin et une le soir, pour combattre l'urticaire, et calmer les démangeaisons insupportables qui l'accompagnent. — Suspendre l'usage du remède, s'il survient des phénomènes d'intoxication, tels que dilatation énorme des pupilles, sécheresse persistante de la gorge et dépression extrême de tout l'organisme ; puis revenir a une dose moindre, un milligramme, par exemple, au lieu de 2 milligrammes par jour. — N. G.

## COURRIER

Nécrologie. — M. le docteur Briquet, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, est mort avant-hier à Paris à l'âge de 86 ans. Officier de la Légion d'honneur depuis le 15 octobre 1871, il était l'auteur de nombreux ouvrages médicaux, notamment d'un *Traité sur le quinquina*, couronné par l'Académie des sciences ; d'un *Traité de l'hystérie* très justement estimé. C'était un homme excellent, un esprit des plus intègres.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Les professeurs titulaires des Facultés de médecine et des Facultés mixtes, les agrégés en exercice, les chargés de cours et les maîtres de conférences, pourvus du grade de docteur, attachés à ces Facultés, sont convoqués, le dimanche 11 décembre 1881, à l'effet d'élire un représentant au Conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Vulpian démissionnaire.

Les professeurs titulaires des Facultés des sciences, les suppléants, les chargés de cours et les maîtres de conférences pourvus du grade de docteur, attachés à ces Facultés, sont convoqués, le 11 décembre 1881, à l'effet de procéder à l'élection d'un représentant près le Conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Paul Bert.

Le scrutin, ouvert à dix heures, sera clos à midi.

L'examen de ces opérations électorales et le dépouillement des votes auront lieu, au ministère de l'instruction publique, le 15 décembre 1881.

— Par arrêté ministériel en date du 12 novembre courant et après avis du comité consultatif de l'enseignement public, ont été nommés boursiers, du 1er novembre au 31 octobre 1882, près la Faculté de médecine de Paris, les élèves dont les noms suivent : MM. Panné, Démelin, Loppé, Girod, Ledric, Netter, Varnier, Guiard, Gallois, Forder, Hudelo, Conzette, Dubarri, Régnier, Leclerc et Rochefort.

Errata. — L'observation de M. Pennel, dont nous avons donné l'analyse dans notre numéro de samedi dernier, a été insérée dans la *France médicale* du 8 novembre 1881, n° 55.

L.-H. Petit.



*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 29 novembre. — L'Académie a perdu un de ses membres les plus vénérables, sinon les plus illustres; M. Briquet vient de succomber, laissant après lui le souvenir d'un homme de bien. Le court éloge funèbre que lui consacre M. le président Legouest marque le début de la séance. Je me trompe; l'Académie avait déjà fait silence une première fois, chose inouïe, pour écouter la présentation d'une simple brochure. Mais cette brochure était offerte par son auteur, M. Lasègue, dont la parole s'impose naturellement à l'attention, sans le secours de la sonnette présidentielle. M. Lasègue n'a pas fait un discours; mais les quelques mots qu'il a dits sur le délire alcoolique et sa manière de le comprendre ont eu la puissance merveilleuse d'arrêter pour un instant les conversations.

La tribune appartient aujourd'hui au professeur Verneuil, au paludisme et au diabète. La glycosurie, en effet, survient quelquefois chez d'anciens paludiques, et le « trauma » chirurgical exerce une influence particulière sur ces organismes « doublement empoisonnés ». M. Verneuil, poursuivant la solution d'un problème fort complexe de pathologie générale qui depuis longtemps l'occupe sans relâche, se demande quelle relation peut exister entre une glycosurie plus ou moins récente et une fièvre intermittente plus ou moins ancienne, et cherche à reconstituer l'histoire de la *glycosurie palustre*. Il puise dans les travaux de Lecorché, Griesinger, Cantani, Jaccoud, etc., quelques renseignements incomplets, et fait remonter la question à l'année 1859, époque où M. Burdel, de Vierzon, examinait avec suite les urines de ses paludiques, et tirait de ses observations des conclusions favorables aux idées actuelles de M. Verneuil.

Le savant professeur de clinique affirme une relation pathogénique entre la fièvre intermittente et la glycosurie. « La malaria, dit-il, engendre fréquemment le diabète. » Dans l'espace d'une année, il a vu six diabétiques qui avaient eu antérieurement la fièvre, et qu'une affection chirurgicale amenait auprès de lui. Un de ces malades, qui depuis neuf ans n'avait pas souffert d'accidents paludéens, portait un épithélioma de la verge, et, le soir même de l'opération, fut pris d'un formi-

# FEUILLETON

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de M. le professeur LABOULBÈNE. — Leçon d'ouverture (1).

### HISTOIRE DES LIVRES HIPPOCRATIQUES.

II

On l'a dit avec raison, les faits et les personnages historiques sont transfigurés sous l'influence d'une tradition lointaine, et il devient malaisé pour la critique de démêler la vérité d'avec la légende. La Grèce ancienne abonde en fictions; elle a appelé Hippocrate le divin vieillard, et le plus célèbre de ses médecins s'est élevé de siècle en siècle jusqu'au rang des divinités tutélaires. De cette apothéose pour redescendre jusqu'à terre, l'effort a dû être considérable.

Suivons pas à pas la légende hippocratique d'après les trois principaux historiographes. Le premier est l'auteur anonyme de *la Vie selon Soranus;* les deux autres sont le lexicographe Suidas et le grammairien Tzetzès qui ont copié et amplifié soit Soranus de Cos, soit Soranus d'Ephèse, car il est sûr qu'il y a eu dans l'antiquité plusieurs médecins du nom de Soranus.

Vous trouverez le texte avec variantes de *la Vie selon Soranus*, κατὰ Σορανον, à la fin du troisième volume de l'Hippocrate d'Ermerins.

Hippocrate est né à Cos, la première année de la quatre-vingtième olympiade (quatre cent soixante ans avant notre ère), à ce que rapporte Histomaque, et sous le règne d'Abriadès, le 26 du mois Agrianus, jour consacré par les habitants de l'île à sacrifier en l'honneur de leur

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 novembre.

dable accès. Chez un autre apparut une gangrène spontanée du talon; c'était encore un diabétique entaché de paludisme. M. Verneuil, avec cette parole animée qui donne à son enseignement un si vif attrait, dégage de ces faits une idée originale : on a déjà dit que le diabète cause rarement la gangrène, s'il n'y est aidé par l'alcoolisme; peut-être l'adjonction du paludisme, qui lui-même prédispose à des accidents gangréneux, ne lui est-elle pas inutile pour arriver au même but; les diabétiques atteints de sphacèle seraient le plus souvent des « hybrides » entachés d'une double diathèse.

— Nous voulons souhaiter la bienvenue à notre nouveau doyen, M. le professeur Béclard. Conforme aux vœux de la Faculté, la décision ministérielle qui l'a nommé est en même temps populaire. Le nom de M. Béclard a su attirer vers lui les suffrages de ses collègues, l'assentiment de l'autorité supérieure, la sympathie de tous. Une entrée si heureuse dans des fonctions difficiles nous présage une administration prospère et féconde en résultats. M. Béclard a donné assez de gages de la clarté de son esprit et de la solidité de son jugement, pour que nous puissions lui prédire un décanat sans orages.

M. Vulpian, à qui la Faculté restera reconnaissante de ce qu'il a fait pour elle, a commencé d'utiles réformes que son successeur voudra continuer. Parmi elles, nous devons noter l'inauguration des cours auxiliaires et la part un peu plus large accordée aux agrégés dans l'enseignement. Ces cours auxiliaires sont encore peu nombreux, et ne suffisent pas à l'activité louable dont nous demandons à donner tous les jours de nouvelles preuves. Nous espérons que M. Béclard n'oubliera pas les agrégés. — L.-G. R.

## Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr de Saint-Germain.

### LEÇON SUR L'OBÉSITÉ (1).

Né de parents qui n'ont jamais eu d'embonpoint exagéré, plutôt lymphatique que sanguin, X. est arrivé à l'âge de 21 ans sans la moindre tendance à l'obésité. Durant

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 novembre.

compatriote. Issu des dieux et des rois, par son père il descendait d'Hercule et par sa mère d'Esculape; il était fils d'Héraclite et de Phénarète ou de Praxithée, fille de Phénarète. Sa généalogie était considérable. Il eut pour maîtres des médecins illustres, des sages fameux, des rhéteurs en renom; son aïeul, Hippocrate Ier, son père Héraclide, Hérodicus de Sélymbrie, Prodicus de Céos, Gorgias de Léontium et Démocrite d'Abdère, le philosophe, qui fut aussi son client, Démocrite, le plus savant des Grecs avant Aristote.

Son éducation embrassa la médecine et le cycle entier des connaissances humaines. Quand elle fut achevée, après la mort de ses parents, il s'expatria. Pour les uns il avait incendié les archives de Cnide, pour d'autres il aurait mis le feu à la bibliothèque de Cos, où l'on conservait les anciens livres de médecine et dont il était le bibliothécaire. Pour les plus sensés, Hippocrate voulait perfectionner son éducation médicale, avec le désir d'étendre le champ de ses études, de multiplier les ressources de l'expérience pour arriver à l'excellence dans la pratique.

C'est ainsi qu'il a parcouru la Thessalie, la Macédoine et la Grèce, donnant partout des preuves de savoir et semant les bienfaits sur son passage. Soranus prétend qu'Hippocrate avait reçu en songe (les songes viennent de Jupiter, dit Homère) l'ordre d'aller habiter la Thessalie où bientôt retentit le bruit de ses cures merveilleuses. Un décret public l'appela auprès de Perdiccas II, roi de Macédoine, qu'on disait atteint d'une maladie consomptive. Hippocrate arrive accompagné par Euryphon, médecin de Cnide, et reconnaît que la cause du mal était due à l'amour passionné du prince pour l'une des femmes du feu roi son père. Le médecin de Cos avertit cette femme, remarquablement belle, ayant nom Phila, et Perdiccas ne tarda point à guérir.

De Macédoine, Hippocrate, sur l'invitation des Abdéritains, se rendit dans leur capitale pour rendre la raison à Démocrite qu'on croyait atteint de folie. A cette époque, la peste avait éclaté en Illyrie, en Pæonie et chez d'autres peuples barbares dont les rois envoyèrent des

ses premières années de médecine, il était de beaucoup le plus maigre, le plus long et le plus sec de ses camarades. Arrivé à l'internat, sous l'influence du changement de régime et surtout du vin pris aux repas en quantité plus grande, il engraissa beaucoup en une seule année. Ce développement une fois commencé ne fit que progresser; en 1864, à l'âge de 28 ans, il pesait 214 livres, vêtu, ce qui représente comme nous le verrons, 204 livres environ sans vêtement. Depuis 1864 jusqu'en 1872, il augmenta toujours en poids et atteignit, en 1873, le poids de 230 livres. Résolu de s'opposer à cette invasion cellulo-adipeuse, il entreprit alors, sur les conseils d'un ami, le traitement classique consistant en eau de Vichy, iodure de potassium, eau de Marienbad, pain de gluten, exercice, etc. Il obtint un demi-résultat en ce sens, qu'au bout de six semaines environ, il avait perdu 29 livres de son poids, mais il lui était impossible de continuer cette cure. La moindre fatigue lui donnait des sueurs profuses; il s'essoufflait en montant deux étages; il était profondément anémié. Découragé par cet insuccès il reprit son train de vie antérieur, regagna en quelques semaines son poids de 230 livres et avec ce poids sa vigueur et son entrain habituels.

De 1873 à 1881, rien de particulier à noter. Quelques alternatives d'amaigrissement et d'engraissement coïncidant presque toujours avec l'absorption plus ou moins grande de liquide. Notre confrère engraissait l'été et maigrissait un peu l'hiver. Il se laissait aller au courant, renonçant, comme la plupart des obèses, aux sacrifices nécessaires pour le remonter, quand tout à coup il lui vint une passion, une passion honnête, je me hâte de le dire, celle de l'équitation. La plupart des gros hommes ont un goût particulier pour l'équitation, parce qu'ils ont la manie de la vitesse : ne pouvant parcourir de longues traites à pied, notre ami éprouvait une grande volupté à franchir à cheval de grandes distances. Après des péripéties parfois douloureuses, après avoir essayé un certain nombre de chevaux qui ruaient, pointaient et tendaient toujours à se débarrasser de lui, X... avait fini par mettre la main sur une véritable perle, une merveille de douceur, de sociabilité, un ami véritable. Cet accord fut brutalement troublé un jour par un vieil écuyer qui prévint charitablement notre ami que son cheval ne le porterait pas longtemps. X... consterné se dirigea sur le Hamman où se trouve une excellente balance et constata qu'il pesait sans vêtements 216 livres. C'était, rappelez-vous cette date, le 4 janvier 1881.

---

ambassadeurs à Hippocrate pour réclamer les secours de son art. Il reçut l'ambassade, demanda quels vents soufflaient d'habitude sur le pays et congédia les députés comme ils étaient venus, refusant d'accéder à leurs demandes. Puis, raisonnant sur le rapport qu'ils avaient fait, il eut la prescience que le fléau envahirait l'Attique, l'annonça aux villes de la Grèce, afin qu'elles pussent prendre des précautions nécessaires et à ses disciples afin qu'ils fissent leur devoir. Puis, réprimant la peste sur son passage, sauvant « non un seul champ, mais plusieurs villes », chez les Doriens, chez les Phocéens, chez les Béotiens, il arrive à Athènes où il arrête les ravages du fléau. Il chasse la peste en faisant allumer de grands feux par toute la ville et en ordonnant de suspendre de tous côtés des couronnes de fleurs odorantes; l'air étant purifié, la maladie cessa; les Athéniens élevèrent au médecin une statue de fer avec cette inscription : « A Hippocrate, notre sauveur et notre bienfaiteur. »

La réputation d'Hippocrate, grandissant toujours, s'étendit jusqu'en Perse. Le grand roi Atarxerxès voulut attirer dans ses états et à sa cour Hippocrate issu des dieux, père de la santé, vainqueur des maladies, doué excellemment, illustre et honoré dans toute la Grèce, plus près en un mot des dieux que des hommes. La peste décimait les troupes persanes, et le grand roi mande Hystanès, Satrape de l'Hellespont, chargé de présents et de promesses pour engager Hippocrate à son service. Mais Hippocrate, aimant sa patrie avant tout, tenant trop à son pays et à sa dignité pour accepter de telles offres, refuse avec désintéressement. Il reçoit en échange toutes sortes d'honneurs. Les Athéniens l'initièrent par un décret solennel aux mystères d'Eleusis, hommage que nul étranger n'avait obtenu depuis Hercule; ils lui conférèrent le droit de cité et décrétèrent en outre qu'il serait nourri aux frais de la ville dans le Prytanée, et ses descendants après lui.

Enfin les Athéniens voulaient porter la guerre à Cos. Hippocrate s'employa et la guerre fut détournée. Les habitants de Cos, reconnaissants d'un tel service, lui rendirent des honneurs éclatants. Il ne reçut pas de moindres distinctions des Thessaliens et des Argiens.

Séance tenante, il se décida à faire pour soulager son cheval ce qu'il n'avait pas fait pour lui-même et prit sérieusement le parti de maigrir.

Le traitement fut divisé en deux parties, le régime d'une part et l'exercice forcé de l'autre. Une des grandes difficultés de ce traitement, c'est l'énergie qu'il demande non pas seulement pour supporter les privations et la fatigue, mais pour résister avec opiniâtreté aux conseils des amis qui vous dissuadent de poursuivre plus longtemps une entreprise insensée, qui vous accusent d'exécuter un long suicide et vous font pressentir les plus grands dangers. Il faut être décidé à ne rien entendre au début de ce traitement et à le poursuivre sans défaillance jusqu'au bout.

Levé à cinq heures du matin, il s'astreignait à monter à cheval au petit jour; d'abord une heure, puis une heure et demie et enfin deux heures. L'allure adoptée fut le grand trot assis. Après cet exercice, il était absolument couvert de sueur. Enveloppé d'un paletot très chaud il faisait aussitôt trois kilomètres au pas gymnastique en vingt minutes. Il rentrait chez lui, se séchait, s'habillait et se rendait à l'hôpital. Au bout de deux mois, il intervertit l'ordre des exercices, commença par la promenade de trois kilomètres au pas gymnastique et termina par deux heures d'équitation aux grandes allures dans les allées du bois de Boulogne.

A ce propos, qu'il me soit permis de faire ici justice d'une erreur généralement accréditée, et qui consiste à croire que le cheval fait grossir. Rien n'est plus faux et s'il arrive parfois que des officiers de cavalerie ont un embonpoint considérable, soyez persuadés que ce sont surtout ceux qui sont les plus avancés en grade et qui montent le moins à cheval. L'obésité ne s'observe jamais chez les soldats, chez les écuyers, chez les postillons, en un mot, chez les gens qui montent à cheval jusqu'à la fatigue. L'exercice du cheval a d'ailleurs un avantage qui le rendrait difficile à remplacer pour des sujets un peu lourds, c'est un exercice passif.

Dès qu'un amaigrissement relatif le permit, l'escrime vint compléter la série des exercices, à savoir, durant cinq mois, sans jamais y manquer : la marche de trois kilomètres en vingt minutes; deux heures de cheval aux grandes allures et vingt-cinq minutes d'escrime en trois reprises. En outre, quand la saison s'y prêta, du 15 juin au 1er août, il s'abstint rarement de deux jours l'un de monter et de descendre en nageant trois fois de suite le bain Deligny, le tout sans empiéter sur le service de l'hôpital et sur les soins réclamés par sa clientèle.

---

Hippocrate méprisait l'argent, il était de mœurs irréprochables et grand philhellène. Après la formalité du serment, il enseignait libéralement son art à ceux qui avaient le désir de l'apprendre.

Grand par le savoir et par le patriotisme, plein de vertus et de talents, comblé de jours et de gloire, Hippocrate meurt à Larisse, vers le même temps où mourut Démocrite. Il était alors âgé de quatre-vingt-dix ans selon les uns, de quatre-vingt-cinq seulement suivant les autres. Il y en a qui poussent sa carrière jusqu'à cent quatre et même cent neuf ans. Il fut enterré entre Girton et Larisse. On vit longtemps son tombeau avec un essaim d'abeilles dont le miel guérissait les aphthes des petits enfants.

Il laissa deux fils, Thessalus et Dracon, et un gendre, Polybe, ainsi que des disciples sans nombre.

Telle est, résumée d'après Littré et Guardia, la légende hippocratique. L'ignorance, l'amour du merveilleux ont encore ajouté à cette biographie si riche; on a entassé de nouveaux récits amplifiés ou embellis, et, pendant près de deux mille ans, ce que je viens de vous raconter a pris le nom de « Vie d'Hippocrate ». Il faut réduire à sa juste valeur la légende hippocratique, et c'est un honneur pour la critique française d'avoir établi sur des documents irrécusables ce que nous devons admettre du médecin de Cos. On a reproché en particulier à Littré et à Daremberg d'avoir ôté quelques fleurons de la couronne hippocratique; c'est bien à tort, car leurs recherches si consciencieuses nous montrent Hippocrate dans sa vraie lumière, comme un homme vraiment grand et hors de pair dans toute l'antiquité médicale.

Et d'abord que penser de la généalogie hippocratique? Elle est évidemment incertaine et controuvée. Hippocrate est pour les biographes, tantôt le dix-septième, tantôt le dix-neuvième descendant d'Esculape, d'autres fois le vingtième descendant d'Hercule. C'est à titre de curiosité que je transcris la généalogie donnée par Tzetzès : Esculape, père de Podalire, père de Hippolochus, père de Sostrate, père de Dardanus, père de Crisamis, père de Cléomyttadès,

Arrivons maintenant au régime. Le régime a un effet puissant sur les obèses, tellement puissant qu'on pourrait être tenté de se soustraire aux fatigues de l'exercice et de se confier entièrement aux prescriptions diététiques, mais il ne faut pas oublier une chose, c'est quc l'amaigrissement dû au régime seul est accompagné de faiblesse musculaire. Il faut faire de l'exercice si l'on veut fortifier le muscle en diminuant l'élément adipeux.

Le repas du matin, si généralement adopté sous forme de soupe, de chocolat, de café au lait, fut absolument supprimé; et ce ne fut pas un mince sacrifice. En effet, on ne peut donner une idée de la fringale à laquelle il était en proie en descendant de cheval ou en sortant de l'eau. Il réussissait quelquefois à la tromper en fumant un cigare. Le déjeûner fui ainsi constitué invariablement sans causer de dégoût, ce qui, par parenthèse, plaide contre l'opinion faussement accréditée qu'il faut varier son régime. Deux œufs frais à la coque, une côtelette de mouton, avec salade et du fruit, une tasse de café sans sucre et sans eau-de-vie, *ni pain ni vin.*

J'insiste beaucoup sur ces deux derniers points qui constituent, suivant moi, la partie la plus essentielle du régime. L'habitude du pain passe assez facilement en quinze jours. Les huit premiers sont de beaucoup les plus pénibles, surtout quand le repas est pris en commun. Aussi conseillerai-je aux gens qui ne se sentiraient pas inébranlables de déjeûner seuls et aussi rapidement que possible. J'établis, du reste, qu'il est plus facile de se passer absolument de pain que de s'habituer à toutes ces préparations connues sous le nom d'échaudés, de pain de gluten, frais ou secs, de biscottes, etc. Ces aliments font l'effet d'un médicament désagréable.

Quant à l'abstention du vin, j'en fais un point essentiel. On dit : le vin n'engraisse pas, c'est l'eau! je suis absolument convaincu du contraire. Le vin est agréable à boire, et on se laisse généralement aller à en boire trop. Il engraisse donc et par l'alcool qu'il contient et par la somme de liquide qu'il introduit dans l'économie.

L'eau est un breuvage insipide, désagréable, on en boit le moins possible. Ne vous laissez donc pas aller, gens obèses, qui voulez maigrir, sur la pente douce mais funeste de l'eau coupée de vin. Le premier jour, vous mettrez deux tiers d'eau et un peu de vin; le second jour moitié vin; le troisième jour votre carafe restera intacte;

---

père de Théodore, père de Sostrate II, père de Crisamis II, père de Théodore II, père de Sostrate III, père de Nébrus, père de Gnosidicus, père d'Hippocrate Ier, père d'Héraclide, père d'Hippocrate II, qui est le célèbre médecin de Cos.

Quant aux descendants d'Hippocrate, voici leur liste la plus accréditée : Thessalus et Dracon Ier, ses fils; Polybe, son gendre. Thessalus, médecin du roi de Macédoine Archélaüs, eut pour fils Gorgias, Hippocrate III et Dracon II. Dracon II eut pour fils Hippocrate IV qui fut médecin de Roxane, femme d'Alexandre le Grand. Les listes des médecins de cette famille mentionnent ensuite : Hippocrate V, VI et VII. Du reste le nom d'Hippocrate était fréquemment donné en Grèce, et à d'autres que des médecins.

Andréas de Caryste accuse Hippocrate d'avoir mis le feu aux archives de Cnide; Tzetzès lui fait incendier la bibliothèque de Cos; ces rapsodies ne méritent pas qu'on s'y arrête. Les Grecs n'auraient jamais souffert que l'incendiaire d'un temple enseignât tranquillement la médecine.

La guérison de Perdiccas par Hippocrate est apocryphe. Suivant la remarque d'Hecker, on l'a fait accompagner ou venir avec Euryphon, médecin cnidien, plus âgé que lui, et son rival; cette association tient déjà de la fable. On prétend que le médecin de Cos découvrit que la maladie de Perdiccas était causée par l'amour secret qu'il ressentait pour une concubine de son père. Cette histoire ressemble à celle d'Erasistrate, de l'école d'Alexandrie, qui découvrit aussi une maladie causée par l'amour. Les Arabes ont attribué une pareille guérison à Avicenne. Erasistrate reconnut la maladie d'un jeune prince en lui tâtant le pouls en présence de la femme qu'il aimait. Pour Hippocrate on dit qu'il porta son diagnostic par les changements survenus dans l'extérieur du roi à la vue de Phila. L'histoire a été forgée avec adresse par les biographes relativement modernes qui l'ont racontée; c'eût été une erreur de chronologie que de faire tâter le pouls de Perdiccas par Hippocrate; mais la similitude avec l'histoire d'Erasistrate et surtout la présence d'Euryphon lui ôtent toute vraisemblance.

mais votre bouteille sera vide. Or, après maint essai, mainte expérience, je puis vous l'affirmer, le vin engraisse parce que l'alcool engraisse.

Ne croyez pas qu'on arrive facilement à boire de l'eau et de l'eau pure; chaque gorgée de ce liquide détermine d'abord un malaise tout spécial et après une certaine lourdeur ressentie dans la région épigastrique des nausées ne tardent pas à survenir.

Ces nausées n'étaient cependant pas suivies d'effet chez notre ami, mais elles étaient assez pénibles pour qu'il lui parût nécessaire de chercher une boisson moins désagréable. Il eut recours au thé non sucré. Les nausées disparurent; et la répugnance que l'on peut, dès le début, éprouver à ingérer, en mangeant, une boisson chaude et non sucrée, est très vite vaincue. Il prit donc du thé pendant un mois; il eût continué s'il ne s'était bientôt aperçu que ce breuvage influait d'une manière des plus désagréables sur son caractère. En quelques jours, il devint irritable, irascible, excitable, nerveux, en un mot, au dernier degré. Chose curieuse, ce nervosisme ne continuait pas la nuit; il dormait d'un sommeil calme, mais il avoue que durant toute la journée il était parfaitement insupportable à ses proches, à ses amis, à ses clients.

Normand d'origine, notre confrère devait songer au cidre; il se procura de bon cidre, du cidre paré dont la fermentation était complétement terminée, et en but sans inconvénient une demi-bouteille par repas mais, réflexion faite, il en revint à l'*aqua simplex* qui ne lui causa plus de nausées et à laquelle il resta dès ce moment fidèle.

Le café sans sucre et sans eau-de-vie pourra paraître quelque peu difficile à prendre au début; je suis cependant convaincu qu'au bout de quelques jours cette boisson aromatique et légèrement amère aura, pour la plupart des gens, un attrait tout particulier, et qu'après un certain temps, il sera très difficile de revenir à la mauvaise habitude de dénaturer le café en y mélangeant du sucre et de l'alcool. Durant les grandes chaleurs, notre ami s'est admirablement trouvé du café froid ou tiède pris dans la journée et n'a jamais éprouvé, quelque abus qu'il en ait fait, les palpitations que quelques personnes redoutent ou l'agacement nerveux que l'usage du thé avait développé chez lui?

Entre les repas et en dehors du café, rien. Il dînait à sept heures sans plus d'appétit que lorsque naguère il faisait un copieux déjeûner et cela de la manière sui-

---

Je m'arrêterai à peine aux récits sur la folie de Democrite. La fameuse épître dans laquelle le Sénat et le peuple d'Abdère prévinrent Hippocrate que Démocrite a perdu la tête, qu'ils en sont désolés et qu'ils l'attendent pour rendre la raison au malade et la joie à toute la ville, cette épître, dis-je, ainsi que toutes les pièces qui l'accompagnent en formant une sorte de roman, proviennent de faussaires et sont apocryphes. Il en est de même du discours prononcé par Hippocrate au pied de la statue de Minerve, la tête ceinte de branches d'olivier, et détournant par son éloquence l'expédition dont les Athéniens menaçaient l'île de Cos.

Beaucoup d'écrivains et de grands artistes ont célébré le désintéressement d'Hippocrate refusant les présents d'Artaxercès. La salle du conseil de la Faculté renferme la toile originale et si connue de Girodet. Mais les offres d'Artaxerxès n'ont pu être rejetées par la raison majeure qu'elles n'ont point dû avoir lieu. Les lettres à Pætus, à Hystanès, celle d'Hippocrate au mandataire du roi, sont de pure invention. Je ne résiste pas à vous lire cette dernière missive arrogante, pour ne pas dire plus :

« Hippocrate, médecin, à Hystanès, gouverneur de l'Hellespont, salut.

« A la lettre que tu m'as adressée, disant qu'elle vient du roi, fais parvenir au roi ma réponse au plus tôt : Nous avons provisions, vêtement, logement et tout ce qui suffit à la vie. A moi, il n'est pas permis d'user de l'abondance des Perses, ni de soustraire aux maladies les barbares qui sont les ennemis de la Grèce. Porte-toi bien. »

Avec Guardia, je suis d'avis qu'une seule chose est louable et digne d'un médecin dans cette lettre supposée, c'est le dernier mot Ἔρρωσο, *Vale*, exprimant un souhait de santé.

Et la peste d'Athènes, et les grands feux, et les couronnes odorantes, et la statue de fer? Autant d'inventions accumulées : on en acquiert la preuve par le rôle attribué à Hippocrate pendant la peste. Il aurait remarqué que les forgerons et tous ceux qui travaillaient avec le feu étaient exempts de la maladie; il en conçut qu'il fallait purifier par le feu l'air de la ville. Mais Thucydide, qui a donné une si belle description de la peste d'Athènes, description que

vante : Point de potage, un plat de viande, un plat de légumes verts de la saison, un fruit, ni pain ni vin. Je dois faire observer que cette sobriété au déjeûner et au dîner a produit deux effets bien marqués. — D'abord l'absence de ce sommeil irrésistible qu'il observait si souaent une demi-heure après le déjeûner. Ensuite le calme parfait des nuits qui étaient autrefois souvent interrompues par une soif qu'il fallait satisfaire à tout prix.

Arrivons maintenant à une question fort importante. Ce régime est-il affaiblissant? X... répond à cela qu'il serait plutôt fortifiant; car à aucune époque de sa vie, X... n'aurait pu exécuter en aussi peu de temps, et cela aujourd'hui presque sans transpiration, les exercices divers relatés plus haut, et s'il faut toucher une question fort délicate, mentionnons que sous l'influence de ce régime l'appétit génésique, quelque peu atténué depuis quelques années, s'est presque immédiatement réveille.

Etudions maintenant, Messieurs, si vous le voulez bien, les résultats obtenus, chiffres en main; car, pour le dire en passant, il est nécessaire, indispensable même au malade obèse qui suit le traitement indiqué plus haut, de se peser tous les huit jours. Cette habitude à laquelle on ne devra manquer sous aucun prétexte sera le seul contrôle sérieux des résultats obtenus. Elle seule vous indiquera en temps voulu le produit de certains excès et vous remettra dans la bonne voie en vous imposant pour la semaine qui aura suivi l'augmentation de poids une sobriété qui rétablira l'équilibre. Il faudra se peser à l'aide d'une bonne balance, toujours la même et il ne sera pas inutile que ce soit la même personne qui opère la pesée. Enfin il sera indispensable que la pesée se fasse dans les mêmes conditions, avec le même costume, et l'intestin soigneusement vidé. Sans ces précautions, des écarts considérables peuvent dérouter l'observateur, et je vous donnerai la preuve de ce que j'avance quand je vous dirai que le costume d'hiver pèse environ 7 kilogr. que le costume d'été n'en pèse que 3 kilog. et demi, qu'une purgation sérieuse vous allège de 3 kilog. et que des variations d'un kilogramme peuvent se produire suivant que la pesée se fait par un temps sec ou par un brouillard humide.

Autre remarque que je tiens à vous faire étudier : il y a deux parts à établir dans la graisse d'un obèse, un capital consolidé qui se liquide lentement et une dette flottante de 6 à 7 kilogr. qu'il est facile de perdre ou de regagner en très peu de

---

j'ai commentée en vous faisant connaître les pestes antiques. ne fait aucune mention d'Hippocrate, ni de ses services; il dit formellement que tout l'art des médecins échoua contre la violence du mal, et qu'ils en furent les premières victimes. Je vous redirai donc, comme il y a deux ans, qu'Hippocrate n'a jamais combattu la peste d'Athènes. La légende intervertit d'ailleurs la marche de l'épidémie; elle la fait venir par l'Illyrie, la Béotie et la Thessalie, c'est-à-dire par le Nord, jusque dans l'Attique. Or Thucydide, témoin oculaire, affirme qu'elle se déclara d'abord dans le Pirée et qu'elle arrivait de l'Ethiopie. Le fléau venait du Midi et non du Nord, passant en Egypte et en Lybie, et envahissant Athènes par le Pirée, dans la seconde année de la guerre du Péloponèse.

Que reste-t-il donc des biographies détaillées d'Hippocrate? Rien, ou presque rien. Les historiographes les plus anciens étaient déjà éloignés de lui par un trop grand intervalle pour qu'on puisse s'en rapporter à eux. Un nuage est jeté sur la vie d'Hippocrate, dont plus de vingt-deux siècles nous séparent. Voici les seuls témoignages que nous possédions.

Le premier, le plus important, est d'un contemporain admirant, citant, et peut-être ayant connu Hippocrate : c'est celui de Platon. On lit, en effet, dans le dialogue intitulé *Protagoras* : « Dis-moi, ô Hippocrate, si tu voulais aller trouver ton homonyme Hippocrate de Cos, de la famille des Asclépiades, et lui donner une somme d'argent pour ton compte; et si l'on te demandait à quel personnage tu portes de l'argent, en le portant à Hippocrate, que répondrais-tu? — Que je le lui porte en sa qualité de médecin. — Dans quel but? — Pour devenir médecin moi-même. »

Ce témoignage de Platon nous donne la conviction qu'Hippocrate était médecin de l'île de Cos, de la famille des Asclépiades, qu'il enseignait la médecine et que ses leçons n'étaient pas gratuites. De plus, ce passage nous prouve que, Socrate étant l'interlocuteur dans le *Protagoras*, Hippocrate était contemporain du fils de Sophronisque; il montre enfin que de son vivant le médecin de Cos avait une renommée étendue jusque dans Athènes, la métropole.

temps, 15 jours par exemple. De là l'erreur de beaucoup de malades qui, après un traitement dit amaigrissant, se voient allégés de 14 livres et qui se figurent que cet amaigrissement va continuer dans les mêmes proportions, il n'en est rien. Au delà des 7 kilogr. dont je parlais tout à l'heure, l'amaigrissement diminue quoi qu'on fasse; vous en aurez la preuve par le tableau que je vais vous présenter et qui sera, je l'espère du moins, des plus significatifs pour la démonstration de ce que j'avance.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

### CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la marine et des colonies adresse à l'Académie une lettre (1) dans laquelle il demande que la savante Compagnie veuille bien se livrer à une enquête sur la fièvre jaune, comme elle a fait, en 1879, pour la peste.

La lettre de M. le ministre est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Pasteur, Davaine, Fauvel, Le Roy de Méricourt, Jules Rochard et Léon Colin (du Val-de-Grâce).

La correspondance non officielle comprend :

Des lettres de candidature de M. le docteur Siredey pour la section de pathologie médicale; de M. le docteur Mathias Duval pour la section d'anatomie et de physiologie.

—

M. Hillairet présente une petite fille de 5 ans, affectée de polysarcie. Cette enfant ne pèse pas moins de 124 livres; la peau est couverte de marbrures violacées; les veines de l'abdomen sont turgescentes; les seins très volumineux, tombent jusque sur l'abdomen.

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de M. Fonssagrives, professeur à la Faculté de Montpellier, un volume intitulé : *Formulaire thérapeutique des praticiens.*

(1) Voir plus loin la rubrique : *Fièvre jaune.*

---

Platon cite une seconde fois Hippocrate dans le *Phèdre*, et il fait allusion à l'écrivain. Hippocrate est invoqué comme une autorité imposante. L'opinion du médecin de Cos, alléguée par Phèdre à Socrate, se retrouve dans un des écrits importants de la collection hippocratique.

Triller a signalé dans Aristophane un passage qu'il a rapporté au médecin de Cos « *Mnésiloque* : Jure-moi de me sauver par tous les moyens s'il m'arrive quelque mal. — *Euripide* : Je le jure par l'éther, habitation de Jupiter. — *Mnésiloque* : Quel meilleur serment que celui de la confrérie d'Hippocrate? — *Euripide* : Eh bien, j'en jure par tous les dieux. » — Aristophane emploie une formule qui reproduit les premiers mots du *Serment*, l'un des livres hippocratiques; il est donc très probable qu'il a cité Hippocrate de Cos, comme Platon le comique avait cité Euryphon, le plus connu des médecins de Cnide. Nous avons vu dans la légende ce dernier plus âgé qu'Hippocrate, l'accompagner auprès de Perdiccas, en Macédoine.

Il faut remarquer ici que Littré, qui avait d'abord admis l'opinion de Triller, l'a ensuite abandonnée d'après Letronne et Boissonade, qui pensent que ce passage d'Aristophane vise un Hippocrate d'Athènes. Daremberg est de cet avis. Je partage les idées de Pétrequin (t. , p. 172, note), et je ne suis pas convaincu qu'il s'agisse d'un autre Hippocrate que celui de Cos. J'ai insisté sur ce passage d'Aristophane parce que je tiens à vous montrer ici un bel exemplaire du *Serment*, imprimé en caractères d'un centimètre de hauteur et dont je dois la communication à notre bibliothécaire, M. A. Chereau.

Aristote a rapporté des citations empruntées aux livres hippocratiques. On trouve dans sa *Politique* : « Quand on dit Hippocrate par exemple, on n'entend pas l'homme, mais le grand médecin. »

J'abrège, et, à défaut de documents biographiques certains sur Hippocrate, nous pouvons affirmer que le médecin de Cos, né au cinquième siècle avant l'ère chrétienne, contemporain de Platon, de Socrate et de Périclès, a été un praticien ainsi qu'un professeur, auquel on allait

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Farabeuf, un ouvrage intitulé : *Précis de manuel opératoire.*

M. Lasègue présente : 1° au nom de M. le docteur Blum, chirurgien des hôpitaux, un volume intitulé : *Chirurgie de la main;* 2° en son propre nom, une brochure ayant pour titre : *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve.*

—

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Briquet, l'un de ses membres les plus anciens et les plus distingués, qui a succombé, vendredi dernier, à l'âge de 86 ans; aucun discours, suivant une de ses dispositions testamentaires, n'a été prononcé sur sa tombe.

—

M. Verneuil communique six observations qu'il a recueillies dans le cours de la présente année, relatives à des affections chirurgicales chez des sujets atteints simultanément de glycosurie et de paludisme plus ou moins ancien. Dans un historique très étendu de la question des rapports du diabète avec le paludisme, le savant chirurgien expose les travaux des divers auteurs qui se sont occupés de cet intéressant sujet. Il cite, en particulier, un mémoire et une note de M. le docteur Burdel, de Vierzon, publiés dans l'Union Médicale en 1859 et en 1872.

Dans son mémoire de 1859, M. le docteur Burdel arrive aux conclusions suivantes :

1° Il existe dans les fièvres paludéennes un véritable diabète ou glycosurie ;

2° Cette glycosurie n'est qu'éphémère, c'est-à-dire qu'étant l'expression des troubles survenus dans l'organisme, elle apparaît avec la fièvre, persiste autant qu'elle et disparaît avec elle ;

3° La glycosurie de la fièvre paludéenne révèle bien le trouble profond et spécial qui frappe l'équilibre existant entre le système cérébro-spinal et le système sympathique ;

4° Cette explication, donnée par Claude Bernard, se trouve confirmée par les faits;

5° Plus l'accès est violent, plus les fièvres sont intenses, plus aussi la quantité de sucre est considérable ;

6° Plus, au contraire, les accès ont été nombreux, plus les accès ont perdu de leur force, plus, en un mot, la cachexie s'établit, moins la quantité de sucre est élevée.

Dans sa note, M. Burdel annonce que, sur 86 cas de fièvres intermittentes, toutes bien caractérisées, il a trouvé 80 fois du sucre en quantité plus ou moins considérable; — que, dans 30 autres cas, dans lesquels le type intermittent avait fait place au type rémittent, au contraire, le sucre était beaucoup moins considérable et persistait moins de temps; — que, chez les femmes enceintes et les nourrices atteintes de fièvre intermittente, le sucre est en grande proportion et qu'il en a été de même dans tous les cas de fièvre pernicieuse.

---

de loin demander des leçons, un écrivain plein d'autorité; il avait voyagé; il composa des ouvrages, et il prolongea sa carrière au-delà de la guerre du Péloponèse.

Est-il besoin de vous dire que toutes les figures que je vous montre, que ces curieuses gravures, entre autres celles de la *Gazette hebdomadaire* de 1855, que ces médailles, que toutes les représentations qu'on a données des traits d'Hippocrate sont idéales ? Il en est de même du beau marbre du musée de Naples appelé le Philosophe et auquel Daremberg a rendu son véritable nom. Ce n'est que longtemps après Hippocrate que les statues ont été des portraits. Les artistes anciens représentent le médecin de Cos la tête couverte tantôt du pileus ou chapeau thessalien, tantôt d'un pan de son manteau, et ont donné à ce sujet de longues explications. La tête couverte était regardée comme un signe de noblesse ou de prudence. Ulysse est coiffé de même.

Le tombeau d'Hippocrate n'a pas été retrouvé; sa découverte prétendue avait causé une vive émotion dans le monde médical, il y a près de vingt-cinq ans. Vous pourrez voir dans l'*Union médicale* de 1857 et dans la *Gazette hebdomadaire* de 1857 et surtout 1858, les remarques de M. Amédée Latour à ce sujet et la démonstration manifeste de l'erreur par M. René Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine.

L'antiquité avait perdu les moyens de faire une vraie biographie d'Hippocrate; il existe là une lacune que rien ne peut combler. Mais les Livres hippocratiques nous restent. Toutefois nous pouvons apprécier le rôle d'Hippocrate dans son époque, la place qu'il a occupée. Praticien, professeur, écrivain, il a eu l'estime de ses contemporains ; issu d'une famille qui faisait remonter son origine aux âges héroïques, il lui a donné plus de gloire qu'il n'en avait reçu ; il a élevé l'école de Cos au-dessus de toutes les autres écoles rivales.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

Des faits de même genre ont été constatés, après M. Burdel, par d'autres observateurs tant en France qu'à l'étranger.

M. Verneuil, pour sa part, a eu l'occasion d'observer, dans le courant de cette année, six diabétiques ayant eu jadis la fièvre intermittente et plus récemment atteints d'affections chirurgicales diverses.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 60 ans, de constitution athlétique, ayant eu autrefois en Afrique des accès de fièvre intermittente. Il avait un épithélioma de la verge dont il désirait se faire opérer. L'examen des urines montra l'existence, dans ce liquide, d'une très forte proportion de sucre. Malgré la glycosurie, dans une consultation avec M. Panas et Maurice Raynaud, l'opération fut résolue. Le soir même de l'opération, bien que le malade n'eût pas éprouvé depuis neuf ans un seul symptôme intermittent, un violent accès se manifesta.

Quelque temps après, M. Verneuil fut consulté par un malade qui avait un épithélioma de la langue. Il avait séjourné en Algérie et avait été obligé, à diverses reprises, de prendre du sulfate de quinine pour des accidents intermittents. L'examen des urines révéla l'existence, dans ce liquide, d'une certaine quantité de sucre, mais surtout d'une proportion considérable d'urée.

Après l'opération, le malade éprouva des hémorrhagies consécutives ayant une forme intermittente et qui furent arrêtées par le sulfate de quinine. A ces hémorrhagies succédèrent des accès de névralgie qui furent coupés par le sulfate de quinine. C'était également un homme d'une constitution athlétique.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un individu, âgé de 66 ans, très grand et très fort, qui vint consulter M. Verneuil pour une plaque noire au talon. Il s'était parfaitement bien porté jusqu'à son retour d'un voyage et d'un séjour qu'il fit dans le département de l'Hérault, où il contracta les germes d'une fièvre intermittente qui éclata après sa rentrée à Paris. Les accès fébriles furent coupés par le sulfate de quinine; puis survint la plaque gangréneuse du talon. En examinant les urines, M. Verneuil constata l'existence d'une forte proportion de sucre.

Il y avait donc ici glycosurie et gangrène spontanée, chez un paludique. Le malade guérit parfaitement et de sa gangrène et de sa glycosurie.

Le sujet de la quatrième observation est un individu de très haute taille, très vigoureux, ayant eu, de 20 à 25 ans, des accès intermittents rebelles dont il ne peut se débarrasser que par l'émigration.

A 40 ans se manifestèrent des troubles dans sa santé générale; il devint diabétique et fut traité par l'usage des eaux de Vichy où il allait, chaque année, faire une saison.

Tout à coup il éprouva des phénomènes de rétrécissement de l'œsophage pour lesquels il consulta M. Verneuil. Enfin se manifestèrent chez lui tous les symptômes de la phthisie pulmonaire; il se mit à tousser et à cracher du sang. Les hémoptysies, extrêmement abondantes, se manifestaient très régulièrement à minuit. Le sulfate de quinine les diminua considérablement, mais n'empêcha par le malade de succomber aux progrès de la tuberculose.

Le malade accusait, pendant les derniers temps, une vive sensibilité du côté de la région splénique.

En 1880, M. Verneuil fut consulté par un officier d'état-major en retraite, âgé de 74 ans. Il avait été en Afrique et y avait éprouvé des accès de fièvre intermittente, remplacés plus tard par des crises de névralgie occipitale. Il vint consulter M. Verneuil pour une tumeur à la joue dont il voulait se faire débarrasser. M. Verneuil constata la présence d'une forte proportion de sucre dans les urines, et en considération de l'âge du malade, ne crut pas devoir l'opérer. Cet homme avait été, comme les précédents, d'une très forte constitution.

Enfin, tout récemment, M. Verneuil a eu l'occasion de recevoir dans son service un homme de 33 ans, atteint de fistule à l'anus. Ce malade avait éprouvé des accidents intermittents. A l'examen des urines, on trouva 40 grammes de sucre par litre. Chez lui on n'eût pu, *à priori*, soupçonner l'existence du diabète, car il ne mangeait ni ne buvait plus qu'un autre, et c'est l'examen seul des urines qui mit sur la voie du diagnostic.

M. Verneuil termine par les conclusions suivantes :

1° La *malaria* engendre fréquemment la glycosurie.

2° Celle-ci se présente sous deux formes : l'une contemporaine de l'accès fébrile et, comme lui, passagère, fugace; l'autre, plus ou moins tardive, indépendante des paroxysmes fébriles et en tout cas permanente.

La seconde forme est vraisemblablement la suite de la première, mais l'époque de la substitution est tout à fait inconnue.

Rien ne prouve même que, dans les pays paludiques, le diabète ne puisse pas s'établir d'emblée comme forme larvée de l'intermittence.

3° La glycosurie permanente semble atteindre de préférence des paludiques vigoureux, entachés d'arthritisme.

4° La glycosurie palustre paraît être une des formes bénignes du diabète.

5° Les affections intermittentes survenues chez les paludo-diabétiques peuvent prendre certains caractères du paludisme ou de la glycosurie ou des deux maladies à la fois. Les lésions traumatiques peuvent aisément réveiller ou aggraver les deux diathèses, mais de préférence les manifestations telluriques. »

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) croit devoir faire des réserves sur les conclusions de M. Verneuil; suivant lui, il est difficile d'apprécier le caractère réel de l'impaludisme chez les malades observés. Quant au malade qui avait eu neuf ans auparavant des fièvres intermittentes, l'accès qu'il a eu, à la suite de l'opération, ne lui semble pas devoir être considéré comme un réveil de l'impaludisme.

Sur la demande de M. Verneuil, la discussion est remise à la prochaine séance.

—

M. le docteur Decaisne lit un travail sur l'importation des viandes américaines en France. Il demande le retrait de la loi du 18 février 1881 prohibant l'entrée de ces viandes en France, déclarant que les trichines renfermées dans la viande de porc sont tuées après un certain temps de salaison, et dans tous les cas par une cuisson à la température de l'eau bouillante. Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Bouley, Proust et Chatin, rapporteur.

— La séance est levée à cinq heures.

---

Addition à la séance du 22 novembre 1881.

M. le docteur Lannelongue, médecin de l'hôpital Trousseau, présente un enfant vivant offrant une *anomalie de trois membres par défaut* (*amputations congéniales des auteurs*).

Cet enfant est né d'une mère primipare, mariée depuis dix mois. L'accouchement eut lieu sans entraves, après cinq heures de douleurs, trois semaines avant terme. La grossesse avait été bonne et la mère, durant la gestation, n'a pas fait de chute et ne s'est exposée à aucun violent effort. Les parents ne sont pas consanguins, et jusqu'à la troisième génération, on ne trouve chez les ascendants aucune difformité congéniale; une sœur du grand-père paternel est idiote et vit encore.

Lorsque l'enfant est venu au monde, la tête et le tronc étaient bien conformés; il n'en était pas de même des membres. Il existe sur la jambe droite, à l'union du tiers moyen avec les deux tiers supérieurs un sillon profond qui divise les parties molles presque jusqu'au squelette; le fond de cette rainure est formé par la peau non ulcérée.

Ce sillon s'est creusé de près des deux tiers de sa profondeur dans un intervalle de temps de deux mois et demi. Le pied de ce membre est éléphantiasique, il est dévié en varus. Les cinq orteils de ce pied sont amputés et présentent des moignons qui ne comprennent qu'une partie de la première phalange; ces moignons se sont déprimés en cupule, la cicatrice est au centre du disque.

Les trois premiers orteils du pied gauche se terminent par des moignons aplatis ou conoïdes ne contenant qu'une des deux phalanges. A la naissance, les extrémités de ces orteils existaient encore et elles se trouvaient reliées par un pédicule; ce pédicule s'est anémié dans les jours qui ont suivi la naissance, et les orteils sont tombés successivement dans la première quinzaine de la vie extérieure de l'enfant. Le quatrième orteil paraît complet comme squelette, mais il présente à un demi-centimètre de son extrémité, un sillon demi-circulaire qui occupe exclusivement la face dorsale de l'orteil. Ce sillon est profond d'un millimètre au moins.

L'index seul de la main gauche présente une amputation de la troisième phalange; mais tous les autres doigts, sauf le cinquième, présentent des sillons et des déformations. Les sillons sont entièrement circonférenciels, ou demi-circulaires, ou moins longs encore; ils sont plus ou moins profonds. Il en est qui ont près de 2 millimètres de profondeur; une peau plus fine, rosée, en fait le fond. Un doigt porte plusieurs rainures. Au-dessus du sillon, c'est-à-dire vers le tronc, les doigts sont normaux; au-dessous, vers les extrémités, les doigts sont déformés, augmentés de volume; le gonflement part du sillon et s'atténue à mesure qu'on s'en éloigne; il est d'autant plus fort que le sillon est plus accusé. Comme à la jambe droite les sillons se sont creusés depuis la naissance, la déformation des doigts s'est aussi notablement accrue; aujourd'hui ces organes sont déformés.

L'examen de l'observation de M. Lannelongue est renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Tillaux et Duplay.

—

## FORMULAIRE

### POUDRE CONTRE LES SUEURS FÉTIDES.

| | | |
|---|---|---|
| Acide salicylique. . . . . . . . . . . . . . | 3 | grammes. |
| Amidon . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 10 | — |
| Talc pulvérisé . . . . . . . . . . . . . . . . | 87 | — |

Mêlez. — Les soldats allemands saupoudrent l'intérieur de leurs chaussures avec cette poudre, qui a pour effet de retarder la décomposition putride de la sueur, et, par conséquent, de remédier à la fétidité. — Le docteur Debout substitue à cette poudre un mélange de 95 parties de plâtre et de 3 à 5 parties de coaltar. On éteint du plâtre, on le dessèche, on le pulvérise et on en mélange deux parties avec une partie de plâtre anhydre. Ce dernier communique à la poudre sa propriété absorbante, tandis que le plâtre hydraté lui enlève sa propriété de durcir. — On pourrait sans doute remplacer le coaltar soit par l'acide phénique, soit par l'acide salicylique.

Dans deux cas rebelles de sueurs nocturnes chez des phthisiques, le docteur Kohnhorn a fait répandre la poudre d'acide salicylique, amidon et talc, sur tout le corps, et particulièrement sur la poitrine, pendant que les malades tenaient un linge appliqué sur le nez et sur la bouche. Au bout de quelques jours d'usage de cette poudre, les sueurs s'arrêtèrent, et la marche de la tuberculisation pulmonaire ne fut point influencée d'une manière fâcheuse. — N. G.

### ÉLECTUAIRE LAXATIF. — FERRAND.

| | | |
|---|---|---|
| Manne en larmes. . . . . . . . . . . . . . | 30 | grammes. |
| Magnésie calcinée. . . . . . . . . . . . . . | 4 | — |
| Miel blanc . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 30 | — |

Mêlez, pour un électuaire. — On en prescrit aux phthisiques une cuillerée à soupe, le matin, à jeun, pour entretenir la liberté du ventre. — N. G.

## LA FIÈVRE JAUNE

M. le ministre de la marine vient d'adresser à M. le président de l'Académie de médecine la lettre suivante :

Depuis trois ans, la fièvre jaune sévit dans nos colonies avec une violence qui dépasse celle des anciennes épidémies. Ses ravages diminuent en ce moment, par suite de l'abaissement de la température, mais il n'est pas impossible qu'elle prenne une intensité nouvelle au retour de l'hivernage.

Les médecins de la marine ont apporté dans l'étude de cette maladie autant de soin et de talent qu'ils ont mis de zèle et de dévouement à la combattre. Leur savoir a toujours été à la hauteur de leur courage; mais, quelque confiance que m'inspirent leurs lumières, il est des questions dont la solution réclame le conconrs des Sociétés savantes. Les maladies épidémiques ont été, dans ces derniers temps, le sujet de découvertes importantes qui ont éclairé leur histoire d'un jour tout nouveau.

L'Académie de médecine, qui renferme dans son sein toutes les illustrations médicales du pays, en a été saisie à diverses reprises et j'ai pensé que son concours serait utile à mon département pour guider nos médecins dans leurs recherches, et pour me faire connaître quels sont les faits, actuellement acquis à la scienee, dont la pratique peut tirer profit, dans le but de prévenir le retour de pareilles épidémies.

Si l'Académie de médecine voulait bien se livrer, au sujet de la fièvre jaune, à une enquête semblable à celle qu'elle a faite sur la peste en 1879, je lui en serais reconnaissant.

Agréez, etc.

*Le ministre de la marine*, signé : GOUGEARD.

*Cours de médecine expérimentale du Collège de France.* — M. le professeur Brown-Séquard commencera son cours le jeudi 8 décembre prochain à 3 heures 1/2, dans l'amphithéâtre de médecine et continuera ses leçons les jeudis et samedis suivants. Il traitera : *De l'histoire physiologique et clinique de la mort.*

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

## PROPHYLAXIE

### RAPPORT DE LA COMMISSION

CHARGÉE D'EXAMINER

**S'IL EXISTE DES MOYENS PROPHYLACTIQUES POUVANT ÊTRE EMPLOYÉS CONTRE LA CONTAGION DE LA DIPHTHÉRIE DANS LES HOPITAUX DE L'ENFANCE.**

COMMISSAIRES :

MM. Bergeron, Labric, Triboulet, J. Simon, Cadet de Gassicourt, et Descroizilles, rapporteur.

Lu à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 25 novembre 1881,

Par le docteur DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Messieurs,

La Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 août dernier, a décidé qu'une commission dont feraient partie ceux de ses membres qui dirigent les services des hôpitaux de l'enfance serait chargée d'examiner : 1° s'il existe des procédés antiseptiques pouvant être employés pour protéger les personnes appelées à soigner les malades atteints d'affections diphthéritiques; 2° si certaines mesures de préservation étant déclarées efficaces et applicables, il est possible de rendre leur emploi régulier et obligatoire pour le personnel qui nous assiste dans les hôpitaux.

La commission s'est réunie conformément à cette décision. Je viens vous rendre compte du résultat de ses délibérations.

La contagion a frappé, dans ces dernières années, de nombreuses victimes parmi les élèves en médecine; il ne suffit pas de plaindre ceux qui ont succombé, il faut ne rien négliger pour éviter que d'autres aient le même sort à l'avenir. Mais, dans l'état actuel de la science, on ne peut indiquer aucun moyen prophylactique d'une efficacité irrécusable, de même qu'on ne connaît pas de moyen certain de guérir la diphthérie ou de la modifier.

Toutefois, la commission propose une série de mesures dont l'utilité lui semble incontestable. Les unes ne peuvent être mises en pratique que par l'administration de l'Assistance publique. Quant aux autres, elles consistent en précautions que les élèves négligent trop souvent, et sans lesquelles il n'y a pas de sécurité possible.

Au nombre des mesures, dont il y aura lieu de demander l'exécution rigoureuse

---

## FEUILLETON

### CAUSERIES

Il y a cinquante-cinq ans, c'est-à-dire en 1826, le docteur Briquet, que nous venons de perdre, jouissait déjà d'une certaine notoriété. Non pas si l'on en croyait le malicieux et malveillant auteur de la *Biographie des médecins vivants* dont je vous parlais naguère, et qui publiait précisément à cette époque son venimeux pamphlet. Au nom de Briquet, il ajoute ce méchant jeu de mots : « lequel ne donne aucune étincelle ». Il en donnera, cruel zoïle, il en a donné. C'est au concours que M. Briquet acquit son titre d'agrégé à la Faculté de médecine, section des sciences; c'est au concours qu'il conquit son titre de médecin des hôpitaux, comme il avait acquis, en 1820, son titre d'interne. En 1860, l'Académie de médecine lui donna un fauteuil dans la section de physique et de chimie. La rosette d'officier de la Légion d'honneur s'épanouit sur sa poitrine en 1870.

Il serait, sans doute, exagéré de dire que M. Briquet ait été un phare, mais il serait plus injuste encore de ne le comparer qu'à un simple lumignon. Trois ouvrages principaux, sortis de sa plume, feront vivre sa mémoire : son *Traité du choléra morbus;* l'un des premiers, il a soutenu la contagion de cette peste, contrairement à l'opinion générale; son *Traité du quinquina et de ses préparations*, l'un des meilleurs ouvrages de thérapeutique de l'époque, et son *Traité de l'hystérie*, incontestablement la meilleure monographie de cette névrose.

Voilà, certes, des titres sérieux aux regrets et au respect de la confrérie. Sa vie a été un modèle de dignité et de devoir accompli. Agrégé, il a professé non sans succès, pendant un

à l'Administration, se trouve en première ligne l'usage, largement répandu et généralisé dans les salles, d'eau phéniquée en pulvérisations. Déjà, des appareils pulvérisateurs fonctionnent dans le local de l'hôpital Trousseau, spécialement destiné à la diphthérie. Ils devront être installés, de la même façon, dans les salles que l'on construit, dans le même but, à l'hôpital des Enfants-Malades. Il y aura d'ailleurs avantage à étendre cette pratique à toutes les salles de nos hôpitaux de l'enfance, à faire en sorte au moins que ces services aient tous un outillage suffisant à ce point de vue, afin que les médecins qui les dirigent puissent prescrire les pulvérisations dès qu'ils les jugeront nécessaires.

Tout en recommandant l'acide phénique comme moyen prophylactique, relativement à la contagion de la diphthérie, la commission ne se dissimule pas qu'il n'y a pas d'analogie complète à établir entre les opérés des salles de chirurgie et les malades diphthéritiques. Ceux-ci sont infectés de prime abord; s'ils subissent la trachéotomie, l'opération n'est pratiquée que lorsque l'infection existe déjà pour eux; tandis que les opérés des services chirurgicaux sont infectés seulement après l'opération, et par le fait même de l'opération. Si l'acide phénique rend chaque jour des services incontestables dans la pratique de la chirurgie, on ne peut affirmer que son efficacité soit aussi grande vis-à-vis de l'intoxication diphthéritique. Cependant son emploi ne peut être qu'utile; il en est de même de tous les autres agents d'assainissement, qu'il est facile de mettre à la disposition du Corps médical.

Il est également indispensable qu'on tienne avec la plus grande propreté, non seulement les salles, mais les objets de literie et d'habillement. Il faut que les pièces de pansement soient rapidement détruites ou assainies par les moyens employés en pareil cas, il faut enfin que les services soient abondamment pourvus de tout ce qui est nécessaire aux ablutions pour les mains, pour le visage, la gorge, les vêtements. Personne n'ignore que, dans l'état actuel, ces ablutions sont à peu près impraticables pour les élèves et il y a lieu d'améliorer grandement ce qui existe.

Il est évident qu'on doit appliquer aux amphithéâtres de dissection les mêmes mesures d'assainissement et les mêmes soins de propreté qu'aux salles de malades.

M. le docteur Henrot, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims, a présenté à l'Académie de médecine en 1879 un petit appareil qu'il a appelé le respirateur à ouate et qu'il croit propre à empêcher l'infection ou la contagion par les voies aériennes. Ce

---

semestre, la physique médicale, en remplacement de Pelletan. Médecin des hôpitaux, toujours le premier au lit des malades, ne connaissant ni fêtes ni dimanches, il donnait à tous l'exemple du zèle et du dévouement. A l'Académie de médecine, quelqu'un, bien en position de le savoir, demandait naguère si, depuis sa nomination, M. Briquet avait manqué d'assister à une séance. Ce n'est pas lui qui laissait toujours dans ses cartons les rapports dont il était chargé. Aussi son activité et sa bonne volonté furent-elles mises souvent à de rudes épreuves. On lui doit des rapports d'une étendue considérable sur le choléra, sur ses épidémies; et lorsqu'il avait vidé son sac officiel, il fouillait dans son sac officieux et en tirait quelque lecture attachante.

C'est ainsi que, il y a quelques jours à peine, il lisait un chapitre qu'il voulait ajouter à son *Traité de l'hystérie.* Ainsi nous ont quitté, à un mois de distance, au même âge, dans les mêmes conditions, et donnant tous les deux jusqu'au bout l'exemple de l'austère devoir, deux Nestors de l'Académie, MM. Bouillaud et Briquet.

M. Briquet a donné encore un autre exemple dont je suis bien aise de dire un mot à mes jeunes confrères.

M. Briquet laisse, dit-on, une grande fortune après avoir richement doté ses deux filles. Eh bien, on m'assure que c'est dans l'exercice de sa profession que cet honorable confrère aurait acquis cette fortune. Mais à quel prix, ajoute-t-on? Au prix d'une économie excessive et d'une extrême sobriété en toutes choses; appartement très modeste, ni voiture, ni chevaux, quelqu'un peut-il se vanter d'avoir vu M. Briquet faire ses courses et ses visites autrement qu'à pied? J'en doute fort. Eh bien, cette simplicité de vie n'a pas empêché M. Briquet d'inspirer toute confiance à une nombreuse et très honorable clientèle dont il savait d'ailleurs, mais très dignement, se faire rémunérer avec convenance. On peut même dire qu'il est peu de

respirateur est une sorte de masque qui ne couvre que la bouche et le nez et auquel est adaptée une boîte métallique contenant de la ouate. Cette ouate est destinée à arrêter les différents éléments figurés de contagion que l'atmosphère viciée tient en suspension. A la partie supérieure de l'appareil est un orifice de sortie pour l'air; une soupape ou une petite boule de sureau ferme cet orifice. L'appareil est léger et ingénieux. Peut être serait-il difficile d'en généraliser l'emploi dans les salles pour les élèves et les infirmiers; mais on pourrait s'en servir au moins pour les autopsies.

M. le docteur Latapie, de Lourdes, dans un travail publié par la *Gazette des hôpitaux* (le 17 février 1881), conseille d'entourer le lit des malades atteints d'affection contagiense d'un cadre qu'on peut fabriquer avec des lattes recouvertes de papier collé. Ce cadre représente une sorte de chambre close à laquelle on pratique une fenêtre à la droite du malade pour les pansements et les soins nécessaires; du côté opposé à la fenêtre et au plafond du cadre, on adapte une lampe qui établit un courant d'air continu, allant de la fenêtre à la toiture de cette alcôve improvisée. Dans ce courant d'air sont entraînés les germes détachés du malade; ces germes, agents de la contagion, qui ne peuvent pénétrer dans l'économie que par l'ouverture des muqueuses pulmonaire et digestive sont, d'après M. Latapie, mis ainsi dans l'impossibilité de se répandre dans l'atmosphère, car la lampe est encastrée de telle manière que tout l'air aspiré passe sur la flamme, et que les contages, décomposés par la très haute température à laquelle ils sont soumis, sont transformés en principes inoffensifs.

Il ne serait pas très aisé d'adapter l'appareil de M. Latapie à tous les lits d'un pavillon d'isolement; beaucoup d'enfants seraient d'ailleurs effrayés de se voir enfermés de cette manière. Cependant le travail que nous venons de citer est intéressant. Le moyen qu'il propose n'est pas d'une exécution difficile et rien n'empêche d'en faire l'essai.

En insistant, vis-à-vis de l'administration, sur ces mesures de salubrité que seule elle peut réaliser, on ne saurait trop, d'autre part, recommander à la jeunesse médicale d'être plus soigneuse de sa santé. Il est certain que c'est quelquefois par sa faute qu'elle est victime de son dévouement. Les excès et les fatigues prédisposent à la contagion; plus d'une fois des internes ou des externes ont été frappés par la diphthérie, soit après des écarts de régime, soit après des abus de travail.

Il est donc de notre devoir d'engager les élèves à être prudents et à se modérer dans leurs distractions comme dans leurs travaux, mais il est peu probable que

---

médecins de son temps qui aient su se faire estimer, respecter et honorer de leur clientèle, à l'égal de M. Briquet.

Ne vous imaginez donc pas, jeunes confrères, qu'il suffit de paraître pour être. Non, il faut être avant tout. Ces splendides demeures dans lesquelles abritent leur science quelques princes de notre profession, leur attirent-elles des clients nouveaux? J'en doute fort quand je les compare au taudis dans lequel, et dans le plus infime quartier de la ville, un autre prince de la science reçoit tous les jours de nombreux consultants. J'ai compté un jour quatorze voitures, dont neuf de maître, stationnant à la porte d'une rebouteuse célèbre et marchande de vin par surcroît. Non, non, le client ne va pas à l'enseigne, il va à la réputation. Croyez-le bien, illustres confrères, si dans vos somptueux hôtels le malade ne savait pas trouver un homme, un savant, un médecin, un sauveur peut-être, il n'entrerait pas dans vos riches demeures. Il n'y entre que parce que vous êtes dedans.

Pourquoi ce langage, me direz-vous peut-être? Assurément, illustres confrères, vous ne le trouverez ni malveillant, ni traduisant quelque malsaine intention de dépit ou de jalousie. Non, mais je crains que nos jeunes confrères ne considèrent ces somptuosités comme des moyens de parvenir à la fortune, à la réputation et aux honneurs. Diagnostic erroné. Avec un peu plus d'observation, ils verraient que ce n'est pas au début de leur carrière que les prudents et les sages se livrent à leurs goûts luxueux, mais en pleine voie de succès et quand il s'agit non pas de le conquérir, mais de le conserver. Hélas! que j'en ai vu de ces jeunes imprudents qui, séduits par ce fatal paradoxe : Il faut paraître pour être, se chargeaient d'un loyer ruineux, meublaient avec un luxe ridicule un appartement trop vaste, s'imposaient la servitude d'une inutile domesticité et attendaient vainement le client peu attiré par ce manège!

nos conseils soient toujours suivis. Aussi faut-il, tout au moins, chercher à améliorer leur situation matérielle. Une bonne nourriture est ici de première nécessité. Il est à désirer que l'Administration fournisse aux internes du vin et des aliments en quantité suffisante pour que, sous ce rapport, ils aient complétement le nécessaire. Il y aurait lieu aussi d'augmenter leurs appointements, en raison des dangers exceptionnels auxquels ils sont exposés. Quant aux externes, on peut les faire déjeûner à l'hôpital, ou leur assurer soit du café, soit de la soupe et du vin, qu'ils seront tenus de prendre avant de faire leur service.

La question du logement a aussi son importance. Les médecins de l'hôpital Trousseau signalent à l'Administration les conditions très défectueuses dans lesquelles vivent leurs internes à cet égard : leurs chambres sont humides, tout y est à refaire au point de vue de la salubrité. Les médecins de l'hôpital des Enfants insistent sur une autre particularité : leurs externes n'y reçoivent pas l'indemnité d'un franc par jour dont bénéficient, au contraire, les externes de l'hôpital Trousseau, et qui est accordée aux élèves des hôpitaux excentriques. Les dangers à courir étant les mêmes pour les uns et pour les autres, il y a lieu d'accorder à tous le même avantage pécuniaire; et nous espérons qu'il suffira de faire connaître, à qui de droit, cette inégalité, pour la voir disparaître dans le plus bref délai.

En résumé, la commission vous propose de demander à l'administration de l'Assistance publique :

1º De généraliser et de perfectionner dans les salles des hôpitaux d'enfants et dans les amphithéâtres d'autopsie de ces mêmes hôpitaux les pulvérisations d'eau phéniquée, ainsi que l'usage des autres moyens d'assainissement dont l'emploi sera reconnu utile;

2º De veiller à la propreté des salles et des amphithéâtres d'autopsie, et d'augmenter au besoin le nombre des infirmiers, afin que quelques-uns d'entre eux puissent être exclusivement chargés de ces soins d'entretien;

3º D'assurer au personnel médical de chaque service des moyens suffisants de lavage et d'ablution, moyens qui sont encore, le plus souvent, à l'état rudimentaire;

4º D'améliorer, autant que possible, la situation matérielle des internes et des externes des hôpitaux de l'enfance, au point de vue du logement et de l'alimentation, comme au point de vue de l'indemnité qu'ils reçoivent;

5º De mettre à l'essai les nouveaux procédés de préservation ou de désinfection qui sembleraient exécutables.

---

C'est à Paris surtout et dans quelques autres grandes villes où nos jeunes confrères semblent être attirés comme par une irrésistible fascination, que l'on voit de ces tristes naufrages. Qu'ils sont plus prévoyants et plus prudents ceux qui s'enquièrent de quelque poste rural à prendre pour s'y installer modestement, simplement, et savent attendre avec patience une clientèle graduellement fructueuse, et un honorable mariage qui les met à l'aise!

J'ai vu, en province, des confrères des mieux acclientés et d'une réputation franchissant les limites de plusieurs départements, recevoir leurs clients dans des demeures dont ne se contenteraient pas les plus humbles officiers de santé de Paris. Ils n'en faisaient pas moins de bonnes affaires, élevaient leurs fils, dotaient leurs filles, en possession de l'estime et du respect de tous.

Mon petit sermon portera-t-il ses fruits? Je n'ose l'espérer, quoiqu'il ne soit inspiré que par le plus affectueux désir d'être utile à mes confrères.

Ah! par exemple, Monsieur Brown-Séquard, je ne vous passerai pas celle-là. Que voulez-vous donc prouver physiologiquement, pathologiquement ou psychologiquement, — ces trois adverbes joints font admirablement, — par ces abominables expériences dont vous avez envoyé le récit à la dernière séance de l'Académie des sciences? Je crois avoir fréquemment dû dire que je n'étais pas l'adversaire systématique des vivisections. Je reconnais et j'admire les belles découvertes que nous leur devons. Les philosophes, — les *sages* de la Grèce, — en ont pratiqué. C'est aux anatomistes de l'école d'Alexandrie que nous devons de précieuses connaissances. Il faudrait monter jusqu'à Magendie, jusqu'à Claude Bernard, en passant par les vivisecteurs des deux derniers siècles, Aselli, Pecquet, Harvey et tant d'autres, pour trouver un vivisecteur aussi sagace que Galien. Mais tous ces expérimentateurs, en mutilant et en martyrisant de pauvres bêtes, avaient un but, étaient guidés par une intention, nourris-

Telles sont, Messieurs, les mesures prophylactiques auxquelles la commission a cru pouvoir s'arrêter, et que j'ai l'honneur, en son nom, de soumettre à votre approbation.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881 (1),

Par M. Ernest BESNIER.

### IV. — SCARLATINE.

Voilà bien des années déjà que j'ai signalé la différence extraordinaire qui sépare Paris de diverses autres villes capitales sous le rapport de la *fécondité* du ferment scarlatin. Alors que la ville de Londres compte chaque année 1,500 à 2,000 décès par scarlatine, Paris n'en enregistre guère qu'une centaine; en 1879, Londres à 2,706 décès scarlatineux, Berlin 461, et Paris 105 seulement, et cela est ainsi depuis un temps fort reculé, en dépit du mélange incessant de choses et d'hommes que les mœurs modernes et la rapidité des voies de communication établissent chaque jour entre ces capitales. Combien les choses varient selon les lieux, et combien les temps sont changés depuis le moment ou Hildenbrand et son habit communiquaient la scarlatine à toute la Podolie! Voilà donc une affection, contagieuse au plus haut degré de son essence, laquelle, pendant une longue série d'années, se propage à l'excès dans la ville de Londres et ne peut, pendant le même temps, sortir, à Paris, d'un rayon d'action étroit à l'extrême. En relevant la mortalité de la scarlatine à Paris depuis 1871 jusqu'à 1880 exclusivement (neuf années) je trouve pour ces neuf années un total de 951 décès, trois fois moins que Londres n'en fournit en une seule année, à peine ce que cette ville enregistre en quatre mois, et ce que Berlin compte parfois en une seule année! Et encore cette moyenne de 105 décès annuels par scarlatine à Paris, pour la période que nous étudions, n'est atteinte que parce que l'année anomale 1871 a enregistré, à elle seule, 205 décès de scarlatine. Pour les huit autres années, la moyenne n'est que de 80 par année, avec un abais-

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 et 27 novembre.

---

saient une espérance, celle de servir à la guérison ou au soulagement des souffrances humaines.

Mais, en vérité, à quoi peuvent servir et à qui peuvent être utiles les expériences du genre de celles que M. Brown-Séquard a communiquées à l'Académie? Voici, en effet, à quelles distractions, à quelles fantaisies expérimentales se livre le successeur de Claude Bernard, au Collège de France :

La main armée d'un lourd maillet, il écrase, il met en bouillie la tête de l'animal vivant, sujet de l'expérience. Dans quel but, je vous prie? Pour constater pendant combien de secondes ou de minutes la moelle épinière conserve son excitabilité après ce barbare écrasement!...

La belle affaire! et que vous voilà bien avancé de connaître le degré de résistance à la mort de la moelle épinière de tel ou tel animal! A qui, à quoi cette connaissance peut-elle servir? Ce n'est certes pas à la pauvre bête ainsi sacrifiée; et quelle application en peut-on faire à l'homme? Vous ne le voyez pas, lecteur, ni moi non plus; passons donc à un autre exercice.

***

Quoique j'aie lu ce fait dans plusieurs journaux, je n'en garantis pas l'exactitude; mais il est rapporté d'une façon si rabelaisienne qu'il me tente de le reproduire :

On vient d'admettre à la Clinique de l'École de médecine une femme de soixante-dix ans qui se trouve dans un état intéressant... pour la Faculté.

Cette brave femme habite Garches. Elle se nomme la veuve T... Fortement imbue du principe que « le vin est le lait des vieillards » elle lève volontiers le coude, et il y a quelque

sement à 60 en 1878, tandis que Berlin en compte pour cette même année 1878 871, quatorze fois autant!

La cause de ces différences extraordinaires de la diffusion d'une maladie contagieuse à la même époque en différents pays, entre des capitales aussi voisines et aussi immédiatement en relation de tout ordre que Londres et Paris échappe absolument; mais, on peut l'affirmer, c'est sous l'action de conditions tenant aux localités, non aux individus que se produisent ces grandes oscillations des maladies à ferment.

Mais voici que cette longue immunité du sol parisien semble épuisée et voilà les années bénignes de la scarlatine passées; un mouvement continu de progression s'est produit inopinément et s'accentue encore à l'heure présente. Il en faut être averti et les praticiens ne le doivent pas ignorer; la maladie est devenue plus fréquente et plus grave; les complications naguère insolites, exceptionnelles, deviennent sinon communes, au moins relativement fréquentes. Le pronostic à porter en présence d'un cas de scarlatine doit donc devenir plus réservé, la surveillance des malades plus étroite, plus sévères les mesures d'isolement et de prophylaxie publiques ou privées.

Afin que chacun puisse aisément se rendre compte de cette progression de la scarlatine pendant les années 1880 et 1881, j'ai dressé dans le tableau suivant la mortalité par scarlatine à Paris, par mois et par année, depuis 1871 jusqu'au moment présent.

*Mortalité par scarlatine à Paris, par mois et par année, depuis 1871.*

| Mois | 1871 | 1872 | 1873 | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | 1879 | 1880 | 1881 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janvier | 42 | 6 | 4 | 7 | 4 | 11 | 6 | 8 | 9 | 16 | 23 |
| Février | 38 | 17 | 3 | 8 | 5 | 16 | 15 | 5 | 6 | 21 | 28 |
| Mars | 18 | 12 | 2 | 2 | 8 | 4 | 9 | 7 | 7 | 13 | 43 |
| Avril | 7 | 14 | 7 | 7 | 6 | 9 | 5 | 3 | 7 | 19 | 42 |
| Mai | 8 | 10 | 14 | 6 | 9 | 10 | 6 | 2 | 15 | 40 | 55 |
| Juin | 10 | 12 | 5 | 7 | 7 | 9 | 5 | 4 | 9 | 51 | 49 |
| Juillet | 17 | 14 | 9 | 4 | 8 | 16 | 12 | 4 | 11 | 58 | 85 |
| Août | 18 | 13 | 11 | 4 | 6 | 20 | 5 | 11 | 9 | 31 | 50 |
| Septembre | 17 | 8 | 5 | 10 | 8 | 13 | 8 | 7 | 2 | 34 | 31 |
| Octobre | 8 | 5 | 9 | 7 | 9 | 8 | 10 | 3 | 7 | 26 | |
| Novembre | 10 | 6 | 7 | 4 | 9 | 6 | 6 | 3 | 7 | 16 | |
| Décembre | 12 | 7 | 10 | 2 | 9 | 11 | 5 | 3 | 6 | 31 | |
| Totaux annuels | 205 | 124 | 86 | 68 | 88 | 133 | 92 | 60 | 95 | 356 | 406 (1) |

(1) Pour les neuf premiers mois de 1881, seulement.

six mois, à la suite de libations un peu plus prolongées que d'habitude, elle s'était assise sur le bord du chemin, attendant, pour rentrer chez elle, que sa demeure vînt à passer.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, qui la connaissait, l'aperçut dans cet état et lui proposa de la reconduire. La veuve T... accepta, et, comme la nuit venait et que les bois ne sont pas sûrs, elle offrit en revanche à son galant chevalier, l'hospitalité pour la nuit.

Ce ne fut pas une nuit qu'il resta, mais quatre : il paraît que son audace avait été heureuse et qu'il avait retrouvé des trésors qu'on croyait perdus depuis longtemps... Bref, à sa grande stupéfaction, la Vénus septuagénaire se vit un jour obligée d'élargir sa ceinture...

Une sage-femme qu'elle alla consulter, le médecin de Garches, appelé à son tour, ne purent que constater la chose : l'automne (et presque l'hiver) donnait les fruits qu'avait refusés le printemps.

Bref, la belle amoureuse est à la Clinique, où on la dorlote, où on la choie, car le cas est des plus curieux,.. et les habitants de Garches attendent avec impatience le résultat... ils sont même disposés, le cas échéant, à contribuer aux frais de baptême et — qui sait? — aux dépenses de la noce : il faut des époux assortis.

***

Voulez-vous savoir ce que coûte la folie d'un éléphant? Un journal anglais de l'Inde annonce qu'un des éléphants du roi de Bangkok, animal vénéré et appartenant à la suite du souverain, est devenu brusquement fou, et que, dans ses accès, il a écrasé sous ses pieds cinq de ses domestiques.

Hôpital des Enfants : M. Archambault. — « Sur 12 cas de scarlatine entrés presque tous dans le courant de juillet et d'août, 1 seul s'est terminé par la mort : il s'agissait d'une scarlatine maligne à forme angineuse. Les autres ont été généralement bénins. Nous avons observé l'albuminurie et des accidents cérébraux sous forme convulsive chez un enfant qui n'avait pas quitté son lit et n'avait été exposé à aucune cause de refroidissement, du moins en apparence, car, dans nos salles, dès que les enfants sont convalescents, il est bien difficile de les empêcher de descendre de leur lit sans être couverts et les fenêtres sont souvent laissées ouvertes sur eux sans qu'on prenne les précautions nécessaires pour les garantir de l'impression du froid. Je cite ce fait de néphrite scarlatineuse en notant les conditions de son développement, parce que je le considère comme une exception, étant de plus en plus convaincu que cette complication ne se montre presque jamais quand on a la précaution de maintenir les enfants au lit pendant un mois environ et en les garantissant contre toute cause de refroidissement. »

Val-de-Grâce : M. Kiéner. — « Parmi les maladies aiguës observées dans le mois de septembre, j'ai noté deux cas de scarlatine, dont l'une grave, avec stupeur profonde, exanthème peu apparent, angine presque nulle, eût pu être confondue avec une fièvre typhoïde. L'élévation rapide de la température, qui s'élevait à 40°,4 dès le troisième jour, sans rémission notable le matin, l'urine très dense et non albumineuse, riche en urée, et surtout l'endolorissement et la raideur des petites articulations des doigts et des poignets, me firent affirmer la scarlatine, diagnostic justifié au bout de quelques jours par la desquamation épidermique généralisée. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

## THÉRAPEUTIQUE

Un homme de lettres plus spirituel que sérieux écrivait dans un de nos grands journaux, à propos de médecine : Qui nous délivrera du fer? On eût pu lui répondre : Qui nous délivrera d'abord de la chlorose et de la chloro-anémie? Il est vrai, et c'est là son excuse, qu'il avait en vue une préparation spéciale du fer. En effet, il y a fer et fer, et si certaines préparations n'ont d'autres résultats que d'enfanter des réclames commerciales, d'autres sont des médicaments utiles et qu'il faudrait chercher si on ne les avait pas.

Il n'est pas difficile d'obtenir du fer pur; ce qui est moins facile c'est d'obtenir du fer assimilable, et qu'on ne retrouve pas dans les déjections dans un état peu différent de celui où il a été ingéré. Il est de toute évidence que le fer qui n'est pas assimilé n'apporte à l'organisme qu'une fatigue sans profit, et, par conséquent, qu'on doit retrancher du nombre des médicaments toutes les préparations qui permettent au fer de rester ou passer à l'état de

---

Malgré cela l'animal, qui est sacré, n'a pas été tué; on s'est contenté de l'entourer d'une barrière bénie par un grand-prêtre, que l'animal sacré a naturellement brisée. On a réussi néanmoins à le chasser dans une cour où il a péri.

La maladie de ce curieux saint a été attribuée à la malveillance de son personnel de service; mais, comme on n'a pu découvrir le vrai coupable, le souverain de Siam a décidé qu'il y avait lieu de les décapiter tous. La sentence a été exécutée séance tenante, et trente malheureux ont été mis à mort.

*
* *

Vous allez savoir pourquoi je ne serais pas en peine de terminer cette *Causerie.* Mais voic que je me remémore ce que nous répétait souvent au collège notre excellent professeur de philosophie, lorsqu'il en arrivait à la logique : « Mes enfants, nous disait-il, il y a trois manières de discuter sur un sujet : on peut parler *pour;* mais alors il faut être très ferré, et à peu près sûr d'obtenir gain de cause; on peut discuter *contre,* mais cela suppose de grandes ressources de dialectique; ne vous engagez dans cette voie qu'avec la presque certitude de vaincre les orateurs pour; on peut, enfin, pérorer *à côté;* c'est ce qu'il y a de moins compromettant quand on n'a de certitude ni sur le pour ni sur le contre.

Eh bien ! ces sages préceptes de mon vieux professeur, je pourrais les mettre aujourd'hui en pratique, non pour discuter, je n'ai rien à l'ordre du jour, mais pour terminer cette *Causerie,* dont les matériaux me sont arrivés en abondance, ce dont je vous remercie chaleureusement, aimables, bienveillants et généreux correspondants. Je ne promets pas de pouvoir utiliser tous ces documents; il est, hélas! des susceptibilités professionnelles dont je suis

métal dans les intestins. Nous devons dire que ces préparations sont de beaucoup les plus nombreuses.

Il en est, au contraire, dont on ne peut nier l'efficacité; mais là encore nous avons des distinctions à faire. Certaines préparations sont d'une assimilation lente et pénible, elles demandent aux organes un véritable effort de digestion; ce n'est qu'en empruntant à ces organes les acides physiologiques qu'ils contiennent qu'elles arrivent à se dissoudre et à passer dans la circulation. Il est certain que ces préparations, tout efficaces qu'elles puissent être, apportent à l'organisme un travail et par suite une fatigue qu'il est important d'éviter ; les chlorotiques et les chloro-anémiques ont besoin, plus que tous autres malades, qu'on ménage leurs forces déjà trop insuffisantes. Il y a donc lieu de retrancher encore du nombre des médicaments les préparations ferrugineuses dont les malades eux-mêmes disent qu'elles sont *lourdes à l'estomac.* Les seules préparations acceptables sont celles qui s'assimilent d'elles-mêmes et sans efforts, qui passent inaperçues dans l'organisme, et ne manifestent leur présence que par le relèvement des forces du malade, l'activité et l'énergie qu'elles donnent à toutes ses fonctions.

Il en est très peu qui remplissent ces conditions : de nombreuses expériences ont été faites par les chimistes les plus autorisés sur les sels de fer, notamment par MM. Boudault et Corvisart, Claude Bernard, Bareswill et Lemaire. Il a été reconnu que certains sels de fer, quoique solubles, n'étaient pas assimilés, que d'autres étaient incontestablement nuisibles, comme paralysant la digestion : sur neuf préparations expérimentées en 1858 par une commission de l'Académie de médecine, six se sont trouvées dans ce cas; le fer réduit et le pyrophosphate n'ont cessé d'être nuisibles qu'employés à si petites doses qu'ils devenaient absolument inefficaces. Le rapporteur de la commission, M. Boudet, constatait ces résultats en ces termes :

« Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont « conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences « antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage avec des « sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate et avec le fer « réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique et que le « lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

C'est donc le lactate de fer qu'il faut préférer à toute autre préparation martiale pour obtenir sans danger et sans fatigue pour l'estomac les effets reconstituants qu'a toujours, il faut le reconnaître, le fer quand il est bien employé. MM. Gélis et Conté en ont rendu l'administration très facile en la préparant en dragées et pastilles que tous les estomacs tolèrent sans le moindre effort. Acceptées par tous les praticiens à la suite des observations nombreuses recueillies dans les principaux services hospitaliers de Paris, ces dragées sont devenues un des plus précieux médicaments de la thérapeutique moderne. Leur emploi ne saurait être trop recommandé dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang et notamment la chlorose et l'anémie.

---

obligé, et peut-être plus que tout autre, de tenir compte. Néanmoins, comptez sur mon sentiment de gratitude,

Vous, qui m'avez adressé le calembourg latin d'un roi d'Espagne;

Vous, à qui je dois quelques pages charmantes d'Ambroise Paré;

Vous, de Genève, qui avez appris à vos dépens jusqu'où va la compassion des clients pour les bêtes, et leur inhumanité pour le médecin ;

Vous, aimable et charmant rimeur, dont je n'accepte pas le *Testament;*

Vous, qui avez eu la bonté de rechercher et de trouver, à l'égal d'un autre de mes correspondants, les beaux vers de Voltaire à Sylva ;

Vous, botaniste et poëte, qui m'avez chanté la *Panicle* (Panicula Europea, Linn.) ;

Et vous aussi, joyeux et anonyme auteur de la *Chanson médicale.*

Vous le voyez, cher lecteur, si vous trouvez aujourd'hui ma *Causerie* insuffisante et maigre, ne vous en prenez pas à mes correspondants, dans les communications desquels je n'avais qu'à choisir.

D$^r$ Simplice.

---

*Cours public sur les maladies des yeux.* — M. le docteur Galezowski commencera ce cours à l'École pratique (amphithéâtre n° 2) le lundi 5 décembre 1881, à 8 heures du soir, et le continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure.

Ce cours comprendra l'étude : 1° des ophthalmies sympathiques ; 2° des affections syphilitiques de l'œil; 3° des névroses oculaires ; 4° des cataractes et de leur mode opératoire.

Démonstrations ophthalmoscopiques à la fin de chaque séance.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Albert Bonnet écrit à M. le président qu'il possède une vache depuis quatre ans, et que cette vache lui a fourni l'occasion d'observer un phénomène très remarquable de superfétation. Conduite au taureau une première fois au mois de janvier de cette année, elle fut saillie une seconde fois au mois de juin suivant. Elle avorta au mois d'août d'un veau mort. Mais au commencement du mois d'octobre, le 285e jour après la première saillie, — durée ordinaire de la gestation, — elle mit bas une vêle parfaitement conformée et en bon état.

M. Haxton adresse une note relative à une communication récente de M. Hément sur l'accent des sourds-muets. « Si, avait dit M. Hément, un sourd-muet recouvre la parole, il parlera avec l'accent de son pays natal. » M. Haxton confirme cette proposition, qui me paraît au moins singulière. Il rapporte l'exemple d'un jeune Écossais de 17 ans qui, après avoir été, dès son enfance, élevé en Angleterre, retrouve la faculté de parler à la suite d'on ne sait quelle crise cérébrale, et qui se met à parler avec l'accent écossais. — Mais les sourds-muets qui recouvrent la parole ne la recouvrent pas, j'imagine, tout d'un coup. Il faut qu'ils entendent parler; il faut qu'ils apprennent à parler. Que, malgré cette audition première et cet apprentissage dans un milieu donné, ils parlent autrement qu'ils n'ont entendu, et comme on parle dans un autre milieu qu'ils ignorent, j'avoue que cela me semble bien miraculeux. Avant d'admettre l'accent héréditaire ou, comme on aurait dit naguère, l'accent inné, je demande que la chose soit examinée de près, et par des observateurs aussi nombreux que variés. Je préférerais même, toute modestie à part, être témoin moi-même, si possible, de ce fait étrange.

M. le professeur Sappey envoie à l'Académie des planches représentant le système des vaisseaux lymphatiques. (Renvoyé à la commission du prix Lacaze.)

M. Alph. Milne-Edwards rend compte des sondages entrepris dans la Méditerranée. A propos de cette lecture. M. Blanchard fait remarquer que la Méditerranée est une mer toute récente, formée pendant la période actuelle, alors que les plantes et les animaux que nous connaissons existaient déjà. C'est si bien, dit le savant naturaliste, une mer récente que, si ses rivages se rejoignaient, on ne trouverait aucune différence entre la flore et la faune d'un côté ou de l'autre de ce bassin disparu. Il en résulte qu'il n'y a pas, et qu'il ne peut y avoir d'espèces propres à la Méditerranée, et que, sous ce rapport, les sondages n'apprendront et ne rapporteront rien. Il en est de même, ajoute M. Blanchard, pour les îles de la Sonde et la presqu'île de Malacca, séparées par un effondrement, de date relativement récente, et sur lesquelles on retrouve exactement les mêmes espèces végétales et animales. — C'est fort bien; mais, dirons-nous à M. Blanchard, avec sa permission, il n'est pas du tout nécessaire de supposer la suppression de la Méditerranée, et le rapprochement fantastique de ses bords, pour établir que la flore et la faune sont les mêmes en Andalousie et au Maroc, sur la rivière de Gênes et en Algérie, en Sicile et en Tunisie, etc., etc; l'observation des choses telles qu'elles sont disposées aujourd'hui suffit.

— M. de Quatrefages donne lecture, *in extenso*, d'une lettre de Lund sur la découverte, dans une caverne du Brésil, de l'homme fossile. Cette lettre, longtemps ignorée, que Darchiac lui-même ne connaissait pas, et qui, depuis, avait été travestie ou interprétée à contre-sens, établit péremptoirement que des ossements humains ont été trouvés dans des terrains non remaniés, concurremment avec des débris d'espèces actuellement éteintes, telles que le mammouth, etc. Lund décrit avec précision la forme du crâne de l'homme à cette époque; ce crâne est dolichocéphale et très élevé. Les conclusions formelles de la lettre portent que l'homme a vécu au Brésil, comme en Europe, en même temps que les mammifères fossiles aujourd'hui disparus.

Voilà donc enfin résolue, sans un mot de protestation, cette fameuse question de l'homme fossile à propos de laquelle on a tant écrit, qui avait le privilège de soulever tant d'ardente opposition au sein de l'Académie des sciences et ailleurs, et dont, notamment, le vénérable Elie de Beaumont n'a jamais pu entendre parler de sang-froid.

M. Faye dépose sur le bureau le dernier volume de l'Annuaire du bureau des longitudes.

M. du Moncel, au nom de M. Pulvermacher, fait hommage à l'Académie d'un instrument destiné à permettre aux médecins de mesurer la quantité d'électricité qui traverse le corps humain dans les différents traitements électriques auxquels on le soumet.

M. de Lesseps présente un *Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale* rédigé au nom d'une commission de la Société de médecine pratique de Paris par

MM. Ad. Nicolas, Lacaze et Pignol et publié par la Société de géographie de Paris, avec le concours des principales Sociétés de géographie de province.

M. l'amiral Pâris met sous les yeux de l'Académie des modèles de constructions navales empruntées à tous les pays et destinés au musée de marine. Les dessins de ces modèles forment un atlas de 60 planches; mais, dit l'amiral, « aucun éditeur ne veut se charger de les publier, et nous ne parvenons pas à vaincre l'indifférence du public. Nous sommes pour nos collections nautiques, moins favorisés que les insectes et que les coquilles, et cependant c'est nous qui avons créé les plus grosses bêtes qu'on ait jamais vu flotter sur les eaux! »

M. le professeur Brown-Séquard lit une note relative à de nouvelles recherches sur le dynamisme du système nerveux. — M. L.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 août 1881. — Présidence de M. Charrier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques; le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal des sages-femmes*.

Le *Bulletin* de la Société académique de Brest, 2me série, t. VI, 1er fascicule (1879); t. VII (1880-1881).

La *Revue des travaux scientifiques*, août 1881.

Les Rapports et Avis de la Commission d'assainissement de Paris, instituée par le ministre de l'agriculture et du commerce, par arrêté du 28 septembre 1880, en vue d'étudier les causes de l'infection signalée dans le département de la Seine, ainsi que les moyens d'y remédier.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Devalz qui remercie la Société de lui avoir accordé le titre de membre correspondant.

Un télégramme de M. Duboué, de Pau, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et faire la communication inscrite à l'ordre du jour.

—

La parole est à M. Thevenot, pour lire une note sur les pessaires à antéversion, avec présentation de divers appareils à l'appui, appareils dont il expose le mécanisme et l'application. (Voir l'Union Médicale du 12 novembre 1881.)

—

M. le Secrétaire général communique le compte rendu de la situation financière de la Société au 31 décembre 1880, que M. Perrin, trésorier, a soumis à l'approbation du conseil d'administration.

| | | |
|---|---|---|
| En caisse au 1er janvier 1880 | 3,261 | 45 |
| Recettes de l'exercice 1880 | 3,953 | 50 |
| Total | 7,214 | 95 |
| Dépenses de l'exercice 1880 | 2,902 | 75 |
| Solde en caisse du trésorier au 31 décembre 1880 | 4,312 | 20 |

L'avoir de la Société se compose, en outre, d'un titre de rente de 410 fr. 3 p. 100, inscrit au grand livre de la dette publique, sous le n° 256,489, 7e série.

La Société vote des remerciements unanimes à son dévoué trésorier.

—

M. Gillebert Dhercourt fils, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Rougon et Bouloumié, lit un rapport sur les travaux présentés par M. le docteur Kassus (d'Allevard), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Les conclusions du rapport sont adoptées; on votera sur cette élection dans la prochaine séance.

—

M. de Beauvais, secrétaire général, en l'absence de M. le docteur Duboué, membre correspondant, rappelé brusquement à Pau, fait la communication suivante :

Il vous souvient sans doute encore, Messieurs, de l'intéresssant et original mémoire que M. Duboué nous a présenté, à l'appui de sa candidature an mois de juillet 1880, sur la physiologie pathologique et le traitement rationnel de la rage.

L'auteur vous exposait avec une vive conviction ses idées spéciales sur la théorie nerveuse de cette affection contradictoirement à la théorie sanguine. Vous avez contesté, faute de preuves expérimentales à l'appui, les arguments de ce brillant plaidoyer en faveur de cette théorie nouvelle ou du moins ressuscitée par notre collègue. Je m'inclinai, comme rapporteur devant votre légitime protestation, avouant mon incompétence personnelle.

Aujourd'hui les expériences récentes de M. Pasteur mettent hors de doute les opinions avancées en 1879 par notre distingué confrère, opinions et mémoire que M. Pasteur s'est empressé de rappeler avec honneur à ses collègues.

Je suis chargé par M. Duboué de prendre acte, devant vous, de cette haute confirmation, dont vous pourrez lire les preuves dans les *Bulletins* de l'Académie de médecine, séance du 31 mai 1881.

— L'ordre du jour étant épuisé, la Société s'ajourne, en raison des vacances réglementaires, au 8 octobre prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

*Le Secrétaire annuel*, Dr THEVENOT.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

BIBLIOGRAPHIE D'AIX EN SAVOIE, par M. le docteur L. GUILLAND. Chambéry, 1880. in-8° de 154 pages.

Ce livre est le recueil « de tout ce qui a été publié n'importe où ni par qui, sur les hommes et les choses d'Aix. » L'auteur s'est donné pour tâche, depuis l'année 1858, d'amasser un un les matériaux anciens et récents de ce travail auquel on ne peut, en vérité, adresser que le reproche d'être trop complet.

En le parcourant, il me semblait être chez cet enragé collectionneur Bruxellois qui avait la manie de ne rien laisser perdre et qui, depuis le commencement de ce siècle, s'était plu à recueillir toutes les choses passées de mode et hors d'usage. Il avait ainsi réuni la série, plus nombreuse qu'on ne pense, des différents chapeaux qui ont été portés en Europe à partir du Consulat; — ainsi encore, il avait rassemblé, par ordre chronologique, toutes les allumettes, petites ou grandes, simples, soufrées, chimiques, etc., dont nos grands-pères et nos pères se sont servi et dont nous nous servons nous-mêmes.

La différence entre les collections que je rappelle et le recueil de M. le docteur Guilland, consiste en ce que la plupart des travaux mentionnés par ce dernier ont une valeur réelle, tandis que les vieilleries réunies par le Belge en question n'en avaient aucune. Mais, en conscience, beaucoup de choses qui grossissent le catalogue de notre confrère et ami, auraient dû être laissées de côté par lui. Son œuvre en eût paru plus sérieuse. Certaines citations ont trop l'air d'une ironie. Pour que ces réserves n'aient rien de blessant pour personne, je le prie de ne les appliquer qu'à moi. Mon nom se trouve, en effet, plusieurs fois dans les pages de cette brochure. Je l'en remercie, malgré tout, parce que j'y vois une intention affectueuse; mais si l'homme est touché du procéda, le critique devait lui en signaler la vanité. — M. L.

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 18 au 24 novembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,022. — Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 13. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 48. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 36. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 35. — Pneumonie, 69. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 43; au sein et mixte, 23; inconnu, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86 ; circulatoire, 58 ; respiratoire, 87 ; digestif, 48 ; génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 10.

CONCLUSIONS DE LA 47e SEMAINE. — Le faible écart existant entre le nombre des décès de cette semaine (1,022) et celui des semaines précédentes, montre que l'état de la santé publique continue à demeurer stationnaire. A l'exception de la Variole, dont les sévices ont sensiblement augmenté, les affections épidémiques ont à peu près conservé les mêmes chiffres. On a compté 43 décès typhiques (contre 40 la semaine dernière); la Diphthérie, toujours la plus meurtrière de nos épidémies, est descendue au chiffre de 48 décès; la Rougeole a occasionné 12 décès (au lieu de 17); la Fièvre puerpérale 5 (au lieu de 8).

En examinant la manière dont se distribuent les décès entre les divers quartiers, on reconnaît que le quartier de l'*Hôpital Saint-Louis*, où se trouve un dépôt de varioleux qui renferme actuellement 18 malades, a eu 3 décès par Variole; que ceux du *Combat* et de *Belleville* en ont compté chacun 2, et celui de la *Porte-Saint-Martin* 1. Sur 13 décès par cette cause, 8 sont donc groupés autour de ce dépôt. N'est-il pas permis de croire que la présence de ces malades constitue un foyer d'infection permanent pour tout le voisinage? Nous avons trop souvent attiré l'attention sur des faits de même ordre pour qu'il nous paraisse nécessaire d'insister sur celui-ci.

Les quartiers les plus éprouvés par la Diphthérie sont ceux de *Notre-Dame-des-Champs*, *Saint-Ambroise* et *La Villette*, qui comptent chacun 3 décès, et celui de *Necker* où il en a été relevé 4.

Le nombre des décès par Athrepsie n'a presque pas varié (68). Constatons une fois de plus que, sur ce chiffre, 43, c'est-à-dire les deux tiers, concernant des enfants élevés au biberon, alors que, d'après les déclarations faites dans les mairies, les enfants nourris au sein, à Paris, seraient beaucoup plus nombreux que ceux à qui est réservé un autre mode d'alimentation.

Nous publions dans ce numéro le relevé des services funèbres du mois d'octobre. On peut voir que la proportion des enterrements civils s'y est élevée à 21,4 pour cent; elle n'était que de 20,5 le mois précédent.

D[r] BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## COURRIER

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le samedi 24 décembre 1881, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, des fournitures suivantes, nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris :

Herbes et plantes médicinales, drogues, produits chimiques, matières et substances diverses, à livrer à la Pharmacie centrale des hôpitaux, pendant l'année 1882.

Sucre raffiné en pains (52,700 kilogrammes), à livrer également à la Pharmacie, pendant le premier trimestre 1882.

Spiritueux (15,000 litres d'alcool, 5,000 litres de rhum, 3,000 litres d'eau-de-vie), à livrer au même établissement pendant l'année 1882.

S'adresser, pour prendre connaissance des cahiers des charges, au secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, tous les jours non fériés, de 11 heures à 3 heures.

LE CHOLÉRA. — Cela est égal au Maroc d'avoir ou de n'avoir pas le choléra. En vain les puissances étrangères insistent pour qu'on garde les ports et pour qu'on se méfie des pèlerins; le Maroc résiste comme si on lui demandait quelque lourd sacrifice. S'il est écrit que le choléra viendra au Maroc, il y viendra; si cela n'est pas écrit, à quoi bon prendre des précautions ?

Les intérêts du Maroc ne nous regardent pas, mais les nôtres doivent nous occuper. Si les Marocains meurent du choléra, tant pis pour eux ! Malheureusement ce sera aussi tant pis pour nous. Car, du Maroc, le choléra aura vite fait de passer en Algérie, et nous serons heureux si de notre colonie il ne passe pas en France.

Il importe donc d'agir. Il faut ouvrir de gré ou de force les yeux de l'empereur du Maroc sur ses intérêts, parce que dans le cas actuel ses intérêts sont les nôtres et ceux de l'Europe entière.

Il faut en outre faire dans nos ports une police extrêmement sévère, conforme aux prescriptions édictées par la conférence sanitaire internationale de Vienne en 1874. Elle ordonne une quarantaine variant de un à sept jours pleins, et la désinfection des navires suspects par des moyens appropriés.

Si ces prescriptions sont exécutées strictement, l'entrée du choléra en Europe est impossible, car le vent ne paraît pas susceptible d'en transporter les germes au loin.

Mais qu'un seul cholérique, ou qu'un vêtement ayant été porté par un cholérique entre dans un port européen, et cette seule négligence peut amener la mort de plusieurs millions d'hommes.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C[e], rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

## THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

### DE LA SCLÉROTOMIE,

Par le docteur A. DEHENNE, professeur libre d'ophthalmologie.

En thérapeutique oculaire, il est une question actuellement à l'ordre du jour; c'est celle de la sclérotomie et de son application au traitement du glaucôme chronique simple. Tout dernièrement au Congrès de Londres, elle a été l'objet de plusieurs communications fort intéressantes de la part de nos maîtres les plus distingués, et les *Annales d'oculistique* ont publié récemment un article fort bien fait de mon savant ami Abadie, où les indications de l'iridectomie et de la sclérotomie sont nettement posées, et où les observations cliniques ne laissent place à aucun doute. Mais cette question n'est guère sortie du domaine des journaux spéciaux, des réunions spéciales; c'est pourquoi je veux aujourd'hui la porter devant le public médical et lui soumettre les quelques observations qui me sont personnelles, persuadé que rien de ce qui touche à l'art de guérir ne lui est indifférent.

Le *glaucôme* est une affection essentiellement caractérisée par une augmentation de la pression intra-oculaire. Græfe, il y a quelque vingt ans, nous apprit à bien connaître cette maladie, et surtout à la guérir. Il constata la dureté du globe de l'œil, montra l'excavation de la papille, sut l'interpréter et proposa comme moyen de traitement l'*iridectomie* qui donna immédiatement entre ses mains des résultats merveilleux, tout au moins dans les formes aiguës et chroniques inflammatoires de la maladie. Il fut rapidement suivi dans cette voie, et le glaucôme cessa d'être considéré comme une affection incurable. Notons tout de suite que Græfe avait fait des réserves sur la curabilité du glaucôme chronique simple par l'iridectomie, et il est à croire que, s'il avait vécu, il n'aurait pas laissé à d'autres le soin de démontrer que le glaucôme chronique simple est une affection bien différente du glaucôme aigu, tant par sa marche que par ses symptômes, et justiciable d'une autre opération qui permît d'en arrêter la marche fatalement progressive.

La découverte de Græfe date de l'année 1857. Pendant dix ans, on expliqua le glaucôme par une hypersécrétion des liquides intra-oculaires. Wecker, le premier, fit intervenir le défaut d'excrétion, consécutif à une réduction progressive des voies de filtration intra-oculaires; de là à proposer, comme traitement, le dégagement de

## FEUILLETON

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de M. le professeur LABOULBÈNE. — Leçon d'ouverture (1).

### HISTOIRE DES LIVRES HIPPOCRATIQUES.

III

Je viens de faire justice des fables dont la vie d'Hippocrate a été le sujet. Mais le médecin de Cos, dont l'existence est incontestable, a-t-il réellement écrit? Les livres qui nous sont parvenus sous son nom sont-ils de lui ou de ses disciples? Seraient-ils tous l'œuvre de faussaires? Quels sont ceux qui lui appartiennent en propre? Quels sont ceux qui ont été ajoutés à la Collection hippocratique primitive?

Et enfin, question des plus intéressantes, comment cette Collection connue sous le nom des Œuvres d'Hippocrate, comment les Livres hippocratiques nous sont-ils parvenus?

Oui, Hippocrate a écrit. Nous avons des preuves indirectes, mais certaines, qu'Hippocrate est l'auteur de plusieurs traités médicaux. L'authenticité des *Aphorismes,* du livre des *Articulations* s'appuie sur les témoignages contemporains de Ctésias, qui était un Asclépiade de Cnide, et de Dioclès de Caryste, transmis par Celse et par Galien. Praxagore a combattu quel-

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 novembre et 1er décembre.

ces voies de filtration, il n'y avait qu'un pas. D'après les travaux de Leber, la voie de filtration la plus importante siège au pourtour de la cornée, au niveau de ce que, avec Wecker, nous appelons maintenant l'*angle iridien*. Aussi dès 1867, cet ophthalmologiste distingué était-il déjà tout disposé à abandonner l'excision de l'iris, considérant la section scléroticale comme suffisante pour arrêter la marche du glaucôme. Pour lui, la sclérotique se cicatrisait à l'aide d'un tissu cystoïde, *filtrant*, qui devait forcément rétablir l'équilibre entre les phénomènes de sécrétion et d'excrétion oculaires.

Quatre ans après (1871), Quaglino donna les résultats de cinq cas de glaucôme traités par la sclérotomie, et la même année Wecker avait fait sept opérations du même genre. Il faut noter que jusqu'alors on n'avait sclérotomisé que des yeux atteints de glaucôme absolu, privés de toute perception lumineuse, et cette opération n'avait été pratiquée que pour calmer des douleurs intolérables. On n'avait nullement essayé de supplanter l'iridectomie qui avait fait ses preuves, d'autant plus qu'il paraissait difficile de faire près du bord cornéen une large plaie scléroticale sans qu'il en résultât un enclavement de l'iris, et il est plus que probable que dans tous les cas de glaucôme absolu, l'iris était tellement atrophié que l'opérateur n'avait, en sectionnant la sclérotique, nulle crainte de le voir apparaître entre les lèvres de la plaie. Malgré ces tentatives, on continua donc à traiter le glaucôme par l'iridectomie, à quelque opinion que l'on se rattachât, que l'on fût ou non partisan de la cicatrice à filtration; pour le glaucôme aigu, les succès n'étaient pas douteux. Seul le glaucôme chronique simple était traité avec des succès divers; tantôt la maladie était enrayée, tantôt, au contraire, l'affection précipitait sa marche, après l'iridectomie, et le patient devenait irremédiablement aveugle. En 1877, Mantloner appela l'attention sur ces faits. Il démontra que dans les cas de glaucôme chronique simple l'iridectomie est plutôt dangereuse qu'utile, et Wecker, revenant à l'idée qu'il avait émise quelques années auparavant, substitua alors résolûment la sclérotomie à l'iridectomie, dans tous les cas de glaucôme chronique, ne la limitant plus aux cas de glaucôme absolu avec perte de la vision. Du même coup, il proposa et exécuta le manuel opératoire que je demanderai tout à l'heure la permission de décrire, et enregistra de nouveaux succès. Abadie le suivit dans cette voie, et put constater par lui-même le bien fondé des observations de son ancien maître.

Moi-même j'ai pratiqué cette opération une quinzaine de fois, et pour ma part je n'ai qu'à m'en féliciter.

---

ques idées d'Hippocrate. Aristote, disciple de Platon, a émis dans son *Histoire des animaux* des opinions qu'on trouve dans les *Aphorismes* et le premier livre des *Maladies*.

Les Livres hippocratiques ne sont pas tous d'Hippocrate, c'est aujourd'hui un fait absolument sûr. Si on prend connaissance de la Collection hippocratique feuillet par feuillet, page par page, on acquiert la conviction qu'elle résulte d'une collaboration multiple. Littré a trouvé qu'un fragment sur l'anatomie des veines qu'on lit dans le *Traité de la nature de l'homme* est textuellement rapporté par Aristote dans son *Histoire des animaux*. Or, Aristote dit expressément que ce morceau est de Polybe, et le témoignage aristotélique paraît irrécusable. Un fragment d'Euryphon de Cnide, rapporté par Galien, se trouve dans le neuvième livre des *Maladies*, et un écrit manifestement cnidien se trouve ainsi dans la Collection hippocratique. Cette circonstance, qui a singulièrement embarrassé la critique, prouve qu'il y avait entre les écoles rivales de Cos et de Cnide une polémique suivie, et qu'on connaissait les écrits des adversaires. Hippocrate critique les *Sentences cnidiennes;* Ctésias a critiqué Hippocrate. Il est extrêmement probable que des Livres cnidiens ont fait partie de la bibliothèque d'Hippocrate et auront été publiés sous son nom, comme plusieurs autres qui ne lui appartenaient pas davantage. On admet actuellement qu'il se trouve dans la Collection plusieurs écrits provenant de Polybe, de Thessalus, ainsi que d'autres hippocratiques, fils ou disciples d'Hippocrate, et que dans les Livres hippocratiques figurent les productions de plusieurs écrivains médicaux.

Les Livres hippocratiques seraient-ils tous l'œuvre de faussaires? Plusieurs critiques de l'antiquité ont incliné vers l'opinion que certains écrits attribués à Hippocrate avaient été fabriqués. Je vous prouverai que les *Lettres*, le *Décret aux Athéniens* et les *Discours* sont apocryphes. Mais il n'est pas possible de regarder l'ensemble des œuvres hippocratiques comme supposé. Le plus grand nombre des Livres est authentique, et ils portent en eux-

Avant d'aller plus loin, je crois indispensable de dire deux mots du diagnostic différentiel du glaucôme aigu et du glaucòme chronique, ce qui m'amènera à parler du glaucôme hémorrhagique, où l'iridectomie donne des résultats déplorables, et où, par conséquent, la sclérotomie se trouve absolument indiquée, et des glaucômes secondaires dans lesquels j'ai employé la sclérotomie avec succès.

Le glaucôme aigu apparaît brusquement, souvent au milieu de la nuit. L'œil devient dur comme une bille de marbre, la conjonctive s'injecte, la pupille se dilate, les milieux perdent leur transparence, la cornée est insensible. Les douleurs qu'accuse le patient sont atroces et la vision baisse rapidement, en même temps que le champ visuel se rétrécit du côté nasal. Dans certains cas, dits foudroyants, si l'on n'intervient pas immédiatement, la vision est et reste irremédiablement perdue. Je ne parle pas de ces cas très exceptionnels, où la pression est tellement exagérée que la cornée se rompt et l'œil se vide. Quoi qu'il en soit, c'est dans ces cas aigus que l'iridectomie rend les plus signalés services. L'attaque peut durer de quelques heures à deux ou trois jours. Si l'iridectomie n'est pas pratiquée, le malade reste aveugle.

Entre la forme aiguë et la forme chronique, il s'en place une autre, certainement la plus commune et qui est aussi justiciable de l'iridectomie, c'est la forme chronique inflammatoire. La cornée perd son brillant et son poli; l'humeur aqueuse est légèrement troublée; la pupille est plus dilatée qu'à l'état normal; les veines ciliaires antérieures deviennent variqueuses. Le cristallin et le corps vitré perdent aussi de leur transparence. Le globe oculaire devient dur; l'acuité visuelle baisse et le champ visuel se rétrécit du côté nasal. De temps à autre il se fait de véritables poussées glaucomateuses, et le malade est sujet à des attaques analogues à celles que nous avons décrites à propos du glaucôme aigu. Chaque poussée fait baisser l'acuité de vision, jusqu'au jour où, si l'on n'intervient pas, le malade perd tout à fait la vue. Le glaucôme est alors absolu. Toute intervention ne peut plus avoir pour but que de calmer les douleurs. Le diagnostic de ces deux formes de glaucôme est, en somme, chose facile. Les symptômes sont bien nets, bien tranchés. La dureté excessive du globe de l'œil, le rétrécissement du champ visuel nasal, les douleurs violentes, etc., n'appartiennent guère qu'au glaucôme aigu ou chronique inflammatoire. Il n'en est plus de même du *glaucôme chronique simple*, ou souvent le diagnostic est très embarrassant, et ce n'est qu'en y prêtant la plus grande attention qu'on arrive à se faire une opinion juste. Ici le signe le plus important est l'*excavation de la papille;*

---

mêmes les marques de leur validité historique. Sans compter les témoignages directs, nous constatons les allusions que les auteurs des ouvrages existants font à des ouvrages perdus. Un faussaire n'aurait pu deviner cette foule de citations concordantes, il se serait contenté des ouvrages existants. Les médecins de la Collection hippocratique se réfèrent à d'autres livres déjà composés; il y a même des indications de titres qui ne sont pas absolument identiques, mais avec une légère variété de langage qu'un auteur seul peut et sait employer. Le faussaire est toujours de la plus scrupuleuse exactitude.

Plusieurs livres des *Épidémies*, le traité des *Humeurs*, offrent des phrases à peine finies. On s'accorde à les regarder comme des notes que les auteurs gardaient pour leur usage et non pour les publier; ce ne sont pas des œuvres de faussaire.

Parmi les soixante écrits, environ, qui nous sont parvenus, quels sont ceux, véritablement hippocratiques, venant du vieillard de Cos?

Quand vous parcourrez la Collection, quand vous l'étudierez avec soin, vous serez étonnés en reconnaissant que ces livres ne forment pas un ensemble. En vain y chercheriez-vous une œuvre homogène. Les traités ne se relient pas les uns aux autres, et ils offrent les plus grandes disparates. Plusieurs sont complets; d'autres, je viens de le dire, ressemblent à de simples notes, qui se suivent sans lien apparent, et parfois à peine intelligibles. Certains livres sont absolument incomplets et mutilés. Mais les Livres hippocratiques se font mutuellement des emprunts, ils sont quelquefois les abrégés les uns des autres; il en est qui forment dans la collection totale des séries offrant la même pensée. De telle sorte que, si nous devons forcément conclure que les livres ne sont pas tous d'un même auteur, on peut cependant espérer retrouver ceux qui appartiennent à Hippocrate au milieu de ceux qui proviennent d'autres mains.

et si l'on songe que dans certains cas, le nerf optique est si peu excavé que des personnes, même exercées, ne s'en aperçoivent pas, on peut se rendre compte des erreurs de diagnostic qui sont commises journellement et du préjudice ainsi porté aux malheureux atteints de cette affection. L'acuité visuelle baisse insensiblement, le champ visuel se rétrécit en dedans, la tension intra-oculaire est en général au-dessus de la moyenne, mais il faut une grande habitude pour pouvoir l'apprécier. Somme toute, l'excavation de la papille est le symptome pathognomonique. C'est dans cette dernière forme que la *sclérotomie* est tout à fait indiquée. L'iridectomie n'enraye pas la marche de la maladie et ne fait même que précipiter les accidents. Comme l'a judicieusement fait observer de Wecker au Congrès de Londres, on ne peut pas affirmer que tous les cas de glaucôme chronique simple, non justiciables de l'iridectomie, seront guéris par la sclérotomie; mais ce que l'expérience clinique a démontré, c'est que, si la sclérotomie manque le but, ce n'est pas davantage l'iridectomie qui l'atteindra. (*A suivre.*)

## BIBLIOTHÈQUE

**TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE BASÉE SUR L'ÉTIOLOGIE**, par A. Bouchardat. Paris, 1881; librairie Germer-Baillière.

Le *Traité d'hygiène publique et privée* que vient de publier M. le professeur Bouchardat est e résumé d'une vie tout entière consacrée à l'étude et à l'enseignement de l'hygiène. « Croyant qu'il ne faut pas trop compter sur le temps », notre vénéré maître a tenu à publier son livre; il aurait pu attendre longtemps encore; sa verte vieillesse est une preuve de l'efficacité des règles d'hygiène qu'il enseigne et qu'il met en pratique.

Le *Traité d'hygiène*, ouvrage considérable, ne saurait être résumé et analysé comme une monographie. Nous ne pouvons qu'appeler l'attention des lecteurs sur certaines parties de l'ouvrage qui portent la trace de conceptions originales et absolument personnelles.

Rappelons d'abord que le plan du livre est une innovation; l'hygiène est, pour la première fois, étudiée d'une manière complète au point de vue des causes des maladies. L'étude des causes, dit M. Bouchardat, dans la préface, doit être le fondement de l'hygiène.

La connaissance des causes est la partie la plus élevée, mais aussi la plus difficile de la médecine; et aujourd'hui, grâce aux progrès des sciences physiques et chimiques, on peut aller au delà d'une étiologie banale et aborder des problèmes qu'autrefois on négligeait volontiers. On peut démêler, par une étude synthétique sévère, les relations physiologiques qui con-

---

Littré, voulant retrouver les écrits d'Hippocrate dans les productions qui portent son nom, a suivi une voie nouvelle. Il a rejeté les moyens artificiels et compliqués, se renfermant dans l'examen intrinsèque de la Collection. Mettant à profit les recherches des anciens, des modernes et les siennes en particulier, il a posé des régles qui lui ont permis d'établir des groupes d'écrits, caractérisés par leurs rapports naturels et séparés des autres par leurs différences.

Il s'est servi avant tout et en première ligne des témoignages directs, puis viennent le consentement des anciens critiques, la concordance des doctrines, la similitude des écrits, en dernier lieu les caractères du style.

En résumé, si nous tenons compte des renseignements fournis par l'examen comparatif des divers traités, nous pouvons dire que la Collection hyppocratique renferme, outre les œuvres d'Hippocrate, celles de Polybe, son gendre, d'Euryphon de Cnide, et d'autres mains étrangères, d'écrivains antérieurs, d'autres postérieurs à Hippocrate, ses parents ou ses disciples. Tous les livres qui ont été attribués à Hippocrate ne sont pas de lui; on est frappé en rencontrant des lacunes, des livres tronqués; on constate des doctrines contraires, la différence des styles, mais aussi et j'y reviens toujours, des emprunts de certains écrits faits à d'autres.

La main qui avait tracé les livres si clairs, si corrects sur le *Pronostic*, sur les *Airs*, les *Eaux* et les *Lieux*, la main qui avait placé en tête des *Aphorismes* cette magnifique sentence : La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile, ne se serait jamais complue à accumuler des phrases irrégulières qui ne peuvent être que des notes. La plupart des critiques anciens pensent que ces notes prises par les disciples ou les descendants d'Hipprocrate, pour leur usage, ont dû être publiées telles quelles sans ordre, mais ne sont pas l'œuvre de faussaires.

En 1804, une thèse qui a fait beaucoup de bruit a été soutenue devant notre Faculté par

fondent souvent dans un même résultat les causes les plus disparates en apparence. L'auteur a la prétention — et elle est justifiée — d'avoir ouvert une voie féconde en fondant l'*étiologie synthétique.*

Nous ne pensons point qu'on fasse reproche à M. Bouchardat d'avoir été très sobre de détails et très prudent dans les questions relatives à l'étiologie des maladies contagieuses. Prémuni par sa vaste expérience, il se défie des nouveautés non justifiées; les mésaventures de Hallier et de Klein, l'odyssée du « rhizopus nigricans » auquel quelques-uns de nos livres classiques ont donné une hospitalité trop hâtive, nous montrent que le savant hygiéniste a fait preuve d'une sage réserve.

Dans la première grande division de son livre consacrée à l'étude des *modificateurs,* nous signalerons un paragraphe intéressant (p. 290) relatif aux condiments, et où l'auteur leur attribue un rôle sur lequel on n'avait point assez insisté jusqu'ici : « A dose modérée, ils provoquent la sécrétion des sucs digestifs — cela, on le savait — ; ils ne détruisent pas l'action des ferments contenus dans les sucs gastrique et pancréatique, qui sont des ferments du deuxième ordre, mais ils tuent les ferments du premier ordre, qui, dans bien des cas, troublent les phénomènes digestifs et sont les moteurs de l'altération de nos aliments ».

Nous signalerons encore comme un chapitre particulièrement intéressant et original, celui que l'auteur a consacré à l'étiologie du scorbut. Pour lui, c'est la *continuité du froid à la périphérie* et l'*inertie corporelle* qui sont la cause prédominante du scorbut. Il fait remarquer d'abord que la continuité du froid est plus sûrement accomplie par l'association de l'humidité et du froid. Parmi les nombreux exemples qu'il cite, en voici deux : Le scorbut est l'endémie des régions polaires et du littoral des mers du Nord; la continuité du froid en est la cause évidente; il disparaît au cœur de l'été, à moins de circonstances exceptionnelles. En second lieu, depuis que les Hollandais, constitués en république, ont desséché leur pays par de puissantes digues et changé leurs huttes humides contre de splendides habitations protégées contre le froid, le scorbut autrefois endémique en Hollande, et qui y faisait de grands ravages, a entièrement disparu (Lind).

Quant aux effets de l'inertie corporelle, ils sont mis en évidence par les faits que rappelle M. Bouchardat et qui montrent que des exercices soutenus, la chasse, la pêche, en réchauffant la périphérie, peuvent garantir du scorbut, malgré les conditions les plus défavorables (froid extérieur intense, privation de végétaux frais).

A la page 752, on trouvera une étude complète des conditions qui amènent la présence du plomb dans les eaux potables. En hygiène publique, il y a peu de questions plus graves que celle-ci. L'auteur montre combien il faut se préoccuper des cas dans lesquels le conduit de plomb subit de fréquentes alternatives d'exposition à l'air et d'immersion dans l'eau. C'est dans ces conditions, comme on sait, qu'il est le plus sûrement attaqué.

Cette question est d'autant plus intéressante que dans le plus grand nombre des cas, l'emploi des tuyaux de plomb est absolument inoffensif. On s'en est servi de tout temps, et de

---

Boulet. L'auteur de la dissertation, hardi au delà du possible, soutenait qu'Hippocrate n'a jamais existé et que les ouvrages qu'on lui attribue, les Livres hippocratiques, ont une antiquité de trois mille ans. En résumé, Hippocrate n'était qu'un être mythologique. Regardez cette dissertation latine que je vous présente et dont voici le titre :

Boulet (J.-B.-J.) (Hesdinensis). *Dubitationes de Hippocratis vitâ, patriâ, genealogiâ, forsam mythologicis; et de quibusdam ejus libris multo antiquioribus quam vulgo creditur. Dissertatio medico-historica.* N° 153, 2 pluviôse an XII (23 janvier 1804).

La thèse de Boulet fit grand bruit. Le professeur Chaussier, qui avait l'habitude de se découvrir la tête toutes les fois qu'il prononçait ou qu'on prononçait devant lui le nom d'Hippocrate, fit réfuter la thèse de Boulet par Legallois. Il ne lui fut point difficile de renverser une à une des assertions sans fondement et tout à fait arbitraires. Depuis Boulet un médecin français, admirateur de Broussais, a attaqué la légende hippocratique; Houdart a montré combien la vérité était petite dans la fabuleuse relation.

Après ce que je viens de vous dire, la question doit vous paraître jugée, et c'est ainsi qu'ont dû conclure Littré, Daremberg et Pétrequin. Il faut cependant que je vous donne l'opinion d'un savant, le docteur Petersen de Hambourg, esprit subtil, ingénieux, mais ami du paradoxe.

Petersen a accepté comme vrais le *Discours de Thessalus,* le *Décret des Athéniens* et le *Discours près de l'autel de Minerve,* qui ont une origine commune, mais qui présentent tant de contradictions. Je ne puis, faute de temps, suivre une argumentation déliée qui n'aboutit qu'à vouloir réhabiliter des fables. Littré en a fait la réfutation complète. En fin de compte, Petersen a été obligé de rejeter la date admise d'après la concordance des anciens témoignages, pour la naissance d'Hippocrate

tout temps on les emploiera. Les fouilles faites à Pompéi mettent à découvert à chaque instant des conduits de plomb pour l'écoulement des eaux, et, sous la République, dès l'an de Rome 442, lors de la construction des premiers aqueducs de la Via Appia, déjà on s'en servait (Varron).

L'eau distillée (Guyton de Morveau), les eaux qui s'écoulent des drains (Lesheby, *Comptes rendus* de l'Académie des sciences, 1874) attaquent les conduits de plomb; il en est de même des eaux chargées de chlorures et de nitrates alcalins.

Une autre remarque importante déjà faite par M. Bouchardat en 1833, c'est le danger des conduits d'alliage ou de plomb étamés ou soudés avec d'autres métaux. Il faut donc repousser complètement l'usage des tuyaux de plomb recouverts d'une lame d'étain; leur innocuité serait absolue s'il n'y avait point de fissure; mais si, par le fait d'une fissure, le plomb est mis à découvert, il sera plus rapidement et plus profondément attaqué.

Une des questions les plus intéressantes en hygiène publique est celle de l'utilisation des eaux d'égout. Elle a soulevé dans le public une émotion qui n'est point encore dissipée et donné lieu, dans la presse, à de violentes discussions.

M. Bouchardat étudie complètement la question (p. 815 et suiv.) et la juge avec la réserve qu'il convient. Il faut, dit-il, pour éviter toute nocuité, « marcher lentement, progressivement pour laisser aux propriétaires, aux agriculteurs, le temps d'apprécier les avantages de l'irrigation, *s'assurer que les eaux souterraines produites par les irrigations regagnent la Seine après leur dépuration,* car il faut éviter avant tout la formation de mares ou marécages à la surface ou près du sol. »

Il ne faut point aussi interrompre les irrigations; leur interruption forcée, par le fait des évènements de 1870-1871, dans la presqu'île de Gennevilliers, a donné lieu à des accidents : deux cas de fièvre typhoïde et des fièvres intermittentes en assez grand nombre.

Les questions d'hygiène internationale et de police sanitaire sont traitées avec toute l'étendue qu'elles comportent; aujourd'hui les nouvelles de l'invasion et des progrès du choléra à Médine sont impatiemment attendues; on sait que toutes les mesures prophylactiques sont prises; si l'épidémie peut-être évitée, c'est grâce aux prescriptions des commissions sanitaires, et on doit savoir gré à l'éminent inspecteur général, M. le docteur Fauvel, des mesures qu'il a édictées dans ce but.

En terminant ici, non point une critique ni un compte rendu qui ne peuvent être faits, d'un ouvrage aussi complet que le *Traité d'hygiène,* mais quelques réflexions qu'une lecture attentive de l'ouvrage, nous a suggérées — nous dirons quel attrait nous avons trouvé dans la lecture du chapitre consacré à l'étiologie de ces affections chroniques si fréquentes, si graves, si meurtrières, la scrofule et la phthisie. Cette conception de la *misère physiologique* est des plus originales.

La misère physiologique peut arriver d'une façon rapide et atteindre son terme extrême dans un temps limité (inanition, disette, famine). Ce sont les formes aiguës ayant trait sur-

---

Si je ne puis adopter la construction compliquée et merveilleuse du docteur Petersen, je n'en reconnais pas moins le savoir et la patience qu'il a employés pour échafauder son ingénieux système. Mais défiez-vous de ce que l'on a appelé de l'autre côté du Rhin : l'hypercritique, ce procédé qui consiste à dédaigner le sentier battu et qui fait quitter la voie droite du sens commun, suivant la juste remarque de Guardia. On nous traite d'esprits peu sérieux et frivoles, et cependant j'ai relevé et je vous signalerai de lourdes fautes commises par nos voisins avec une inconcevable légèreté. Mais c'est une douce manie pour l'hypercritique de pousser le savoir au delà des limites du vrai, et alors l'imagination se joue de la vérité : « L'érudition marche constamment entre la conjecture et l'hypothèse, et, lorsqu'elle s'arrête, elle trouve l'absurde au bout du chemin. »

(*La suite dans un prochain numéro.*)

---

École pratique des hautes-études. — Le laboratoire de botanique de l'École pratique des hautes-études, placé sous la direction de M. le professeur Van Tieghem, sera ouvert, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1881-1882, du 1er décembre au 31 mars, de onze heures à quatre heures, le lundi et le mardi exceptés.

Pendant le second semestre, il sera ouvert, du 1er avril à la fin de l'année scolaire, le jeudi et le vendredi seulement, aux mêmes heures.

Une leçon pratique aura lieu tous les jeudis, à 9 heures du matin, à partir du 8 décembre.

Les élèves qui désireront prendre part aux travaux pratiques sont priés de se faire inscrire au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

tout au moyen principal de résistance au froid, l'*alimentation*. Mais d'autres causes agissent lentement, d'une façon continue, c'est le défaut d'aliments de calorification, chauffage ou aliments; c'est la misère vraie. Enfin une troisième cause peut exister aussi bien et plus peut-être chez le riche que chez le pauvre ; la misère du riche, c'est la dépense insuffisante eu égard aux besoins de l'organisation.

La misère physiologique n'est pas l'anémie; dans l'anémie vraie, la maladie est caractérisée surtout par la diminution des globules; dans la misère physiologique, il y a diminution dans l'activité de tous les organes.

Cette question de la misère physiologique occupe plus de 100 pages, presque un volume, et nous donne pour la première fois une étiologie rationnelle, synthétique de la phthisie et de la scrofule.

En résumé, le *Traité d'hygiène* du professeur Bouchardat est un ouvrage complet qui est le fruit de près d'un demi-siècle de travaux et d'enseignement; il sera consulté avec fruit non seulement par les médecin, mais aussi par les administrateurs, pour lesquels il sera un guide fidèle et sûr. Ce livre est écrit avec une grande clarté, beaucoup d'élégance, et on y trouve avec plaisir des citations empruntées aux vieux classiques. Cicéron, que M. Bouchardat appelle « son auteur bien-aimé » (p. 998), a été, médité par lui « sta sensim sine sensu, ætas senescit ». Notre cher et vénéré maître aurait-il trouvé, de même qu'Eson, mais non comme lui, le secret d'une éternelle jeunesse?

Auguste Ollivier.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Contribution au traitement de la phlébite par le chlorure de zinc. — Traitement du décollement de la rétine par la galvano-puncture. — Présentation d'instrument : Trocart fixateur des kystes de l'ovaire. — Du pansement des plaies par l'iodoforme.

M. le docteur Demons (de Bordeaux) lit un travail sur le traitement de la phlébite par le chlorure de zinc.

L'auteur de ce travail relate l'observation d'un individu qui avait tenté de se suicider en s'ouvrant avec un rasoir les veines du pli du bras. Les veines médianes basilique et céphalique avaient été complètement sectionnées, et il en était résulté une hémorrhagie abondante que l'on avait assayé d'arrêter par la compression. Ce moyen ayant échoué, on avait pratiqué la ligature des deux bouts des veines sectionnées, et l'on avait ensuite appliqué le pansement de Lister. Mais, au bout de quelques jours, le malade fut pris d'accidents graves, locaux et généraux, qui firent craindre l'existence d'une phlébite compliquée de pyoémie. La plaie exhalait une odeur fétide; le gonflement du membre était considérable et avait gagné l'épaule; le pouls était monté jusqu'à 120 et la température s'était élevée progressivement à 40°8. Le malade avait des frissons quotidiens de plus en plus intenses; il y avait du subdélirium; le facies était terreux, profondément altéré; la langue était devenue rouge et sèche, la prostration des forces était profonde.

Dans ces conditions, et le malade paraissant voué à une mort presque certaine, M. Demons pratiqua au niveau des veines enflammées une incision dans l'espoir d'y rencontrer une collection purulente, mais cette incision ne donna issue à aucun liquide. Alors découvrant les extrémités des veines sectionnées, il les ouvrit avec des ciseaux et reconnut les signes d'une inflammation manifeste de ces vaisseaux. Des lotions et des pansements faits avec une solution de chlorure de zinc amenèrent, au bout de quelques jours, une transformation complète dans l'état général et local du malade qui guérit rapidement. M. Demons pense que, dans ce cas, il est difficile de ne pas attribuer la guérison à l'intervention du chlorure de zinc.

Ce travail a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Cruveilher, Nicaise et Terrier.

— M. le docteur Abadie lit un travail sur le *traitement du décollement de la rétine par la galvano-puncture*.

Le décollement de la rétine, dit l'auteur, est une affection qui reconnaît le plus souvent une cause locale. Cette lésion, survenant d'ordinaire brusquement chez les myopes au milieu de la santé générale la plus florissante, éloigne l'idée d'une influence diathésique quelconque.

On peut donc chercher à la combattre par des moyens purement chirurgicaux. L'observation clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation sur les animaux démontrent

qu'au niveau des foyers de chorio-rétinite spontanés ou provoqués la rétine contracte des adhérences avec la choroïde. En cherchant à produire ces adhérences artificiellement, on peut espérer arriver à fixer la rétine aux membranes sous-jacentes. Pour arriver à ce résultat, M. Abadie ponctionne la sclérotique et la choroïde aussi en arrière que possible de la région ciliaire avec un couteau étroit de platine rougi par la pile. Il perfore ainsi les enveloppes de l'œil, le liquide sous-rétinien s'échappe et au niveau de la perforation une inflammation adhésive se produit qui maintient la rétine en place.

Ce mode de traitement a été employé dans huit cas différents, six fois il s'agissait de décollements anciens très étendus, il n'y a eu alors qu'une amélioration passagère; mais, dans deux cas où le décollement était limité, le résultat s'est maintenu satisfaisant. Il n'y a jamais eu de réaction trop vive ni de conséquences fâcheuses.

Frappé de l'abaissement considérable de la tension intra-oculaire qui persiste après la galvano-puncture de l'œil, M. Abadie a eu l'idée d'utiliser cette propriété pour combattre les états glaucomateux rebelles à l'iridectomie et à la sclérotomie. Ici encore les résultats fournis par ce mode de traitement sont des plus encourageants.

Le travail de M. Abadie est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Maurice Perrin, Panas et Giraud-Teulon.

M. Duplouy (de Rochefort), membre correspondant, met sous les yeux de ses collègues un nouveau modèle de trocart fixateur des kystes de l'ovaire, construit sur ses indications par M. Mathieu. Cet instrument lui a, dit-il, donné d'excellents résultats dans cinq opérations qu'il a pratiquées devant plusieurs de ses confrères à Rochefort. Il a surtout, entre autres avantages, celui de prévenir l'épanchement du liquide kystique dans la cavité péritonéale.

MM. Lucas-Championnière et Polaillon, tout en rendant justice à l'ingéniosité de l'instrument présenté par M. Duplouy, ne croient pas que le besoin d'un nouvel instrument pour l'opération de l'ovariotomie, dont l'outillage n'est déjà que trop compliqué, se fît bien réellement sentir. Suivant eux la fixation des kystes ovariques est généralement facile par les moyens ordinaires; on s'inquiète beaucoup moins aujourd'hui qu'autrefois de l'irruption du liquide kystique dans la cavité péritonéale et l'on n'attache plus qu'une médiocre importance à cette fameuse *toilette* du péritoine à laquelle on faisait jouer jadis un si grand rôle dans l'opération de l'ovariotomie.

— M. Marc Sée désire appeler l'attention de ses collègues sur un mode de pansement qui, suivant lui, peut, dans un grand nombre de circonstances, remplacer le pansement de Lister, et qui est supérieur à ce dernier au double point de vue de la simplicité de l'application et de la constance des résultats. C'est le pansement à l'iodoforme.

Ce mode de pansement est connu depuis longtemps des chirurgiens et employé par eux dans le traitement des chancres et de certaines ulcérations à forme particulière; mais on ne l'a jamais employé, du moins en France, comme méthode générale de traitement des plaies.

Dans ces derniers temps l'iodoforme a été appliqué, surtout en Allemagne, au traitement de toute espèce de plaies, d'ulcérations, de solutions de continuité, et plusieurs chirurgiens recommandables de ce pays reconnaissent que ce moyen leur a donné dans ces diverses circonstances, les meilleurs résultats.

M. Sée a employé l'iodoforme, depuis le mois de mai dernier, dans son service de la Maison municipale de santé. Il a eu recours à ce mode de pansement dans les ulcères de toute espèce, dans les plaies anciennes et dans les plaies récentes, particulièrement dans celles qui succèdent à l'ablation des tumeurs, tant dans celles où la réunion immédiate est impossible que dans celles où l'on a pratiqué cette réunion.

Dans des plaies anfractueuses où l'on a habituellement à craindre la stagnation du pus, la décomposition de ce liquide et les accidents consécutifs les plus divers et les plus graves, M. Sée a rempli la cavité de ces plaies avec de la poudre d'iodoforme; elles se sont bientôt couvertes de bourgeons charnus de bonne nature, la fièvre est tombée rapidement et les malades ont parfaitement guéri dans un temps généralement très court.

Ce mode de pansement a le grand avantage d'être d'une application très simple et très facile, bien éloignée de l'extrême complication du pansement de Lister, et, en outre, d'être d'une sûreté parfaite dans ses résultats. M. Sée ne l'a jamais vu échouer.

Mais il offre quelques inconvénients, tels que son prix élevé, son odeur insupportable, qu'il doit être sans doute possible de corriger, et, enfin, inconvénient plus sérieux, la nécessité d'en surveiller attentivement les effets, car on a signalé, dans quelques cas, des accidents d'intoxication dont plusieurs même auraient été suivis de mort. On comprend que, dans des plaies de grande étendue saupoudrées d'iodoforme, des effets toxiques aient pu être produits par l'absorption de cette substance; mais il suffit d'être averti de la possibilité de ces accidents pour se mettre en garde contre eux et les éviter.

M. Desprès ne pense pas que l'iodoforme, qui a l'inconvénient de coûter fort cher et de sentir mauvais, rachète ces inconvénients par une efficacité supérieure à celle des moyens vulgairement employés dans la vieille chirurgie. Dans le traitement des ulcères en particulier, M. Desprès se fait fort d'obtenir, par le simple repos et les cataplasmes, ou bien encore par les applications de vin aromatique, des résultats au moins aussi bons et aussi rapides que ceux obtenus par M. Sée avec l'iodoforme. Pour être convaincu de l'excellence du moyen préconisé par M. Sée, M. Desprès voudrait que son collègue apportât la statistique *intégrale* du service chirurgical de la Maison municipale de santé.

M. Terrillon demande à ajouter à la communication de M. Sée quelques détails complémentaires qu'il est en mesure de donner d'après ce qu'il a vu dans un voyage récent en Allemagne. A Vienne, où il a visité le service de clinique chirurgicale de M. Billroth, M. Terrillon a été frappé de ce fait que, dans ce service, tous les pansements sont faits à l'iodoforme, et que cependant on ne sent, dans les salles, presque aucune odeur d'iodoforme.

Voici les deux moyens qu'emploie le chirurgien de Vienne pour la préparation du pansement et pour enlever à l'iodoforme son odeur désagréable :

Billroth prend de la gaze ordinaire, la dégomme, la fait sécher et la fait triturer avec l'iodoforme pulvérisé en poudre impalpable. Il reste dans la gaze ainsi traitée une quantité d'iodoforme assez considérable pour en augmenter notablement le poids. Cette gaze est facilement maniable; on la conserve en boîtes, toute préparée, et on la découpe comme la gaze de Lister.

Pour lui enlever l'odeur d'iodoforme, on répand sur elle quelques gouttes d'essence de bergamote ou de menthe; mais il faut renouveler cette petite opération tous les quatre ou cinq jours, sans quoi l'odeur d'iodoforme reparaît après la volatilisation de l'essence.

M. Terrillon a vu surtout employer l'iodoforme, à Vienne, dans deux variétés de plaies :

1° Dans les plaies résultant d'un évidement osseux, par exemple de l'évidement du grand trochanter et du calcanéum. L'évidement pratiqué, le chirurgien bourre simplement la plaie avec la gaze ainsi préparée et très facilement maniable; il laisse le premier pansement appliqué pendant sept ou huit jours; il l'enlève au bout de ce temps, et l'on constate que la plaie n'exhale aucune mauvaise odeur, qu'elle est couverte de bourgeons charnus, qu'il y a très peu d'écoulement de liquide et pas de réaction fébrile.

2° A la suite de l'ablation de l'utérus en totalité à travers le vagin, opération fréquemment pratiquée à Vienne, le chirurgien, immédiatement après l'opération, bourre le vagin, sans le distendre, avec cette même gaze iodoformée, et laisse de même ce pansement appliqué pendant sept ou huit jours sans y toucher.

Billroth et ses élèves attribuent à cette pratique les bons résultats qu'ils obtiennent dans cette grave opération. M. Terrillon a vu, dans le service de ce chirurgien, trois femmes ainsi opérées, dont deux étaient guéries et la troisième était en bonne voie de guérison.

M. Terrillon a employé pour sa part, dans son service à l'hôpital de Lourcine, l'iodoforme dans le traitement du chancre mou; il lui a semblé que la poudre d'iodoforme adhérait difficilement à la surface de l'ulcération. Il s'est servi de la gaze iodoformée et personne dans la salle, ni les malades elles-mêmes auxquelles le pansement était appliqué, n'ont senti aucune mauvaise odeur.

M. Verneuil considère depuis longtemps l'iodoforme comme un des meilleurs topiques pour le traitement des ulcérations de mauvaise nature. Il a traité par ce moyen pas mal d'individus atteints de chancre mou ou de chancre induré, et il ne connaît pas de médication qui soit comparable à celle-là pour l'efficacité et la rapidité de son action. Il a vu des ulcérations traitées par ce mode de pansement, guérir en trois ou quatre jours, alors que tous les autres moyens avaient échoué.

L'iodoforme constitue également un topique merveilleux dans le traitement des ulcères scrofuleux si rebelles aux médications ordinaires. M. Verneuil a eu dans son service un enfant atteint d'onyxis scrofuleuse avec fongosités du plus mauvais aspect. Tous les moyens habituels de la thérapeutique chirurgicale avaient été inutilement employés depuis trois mois, sans le moindre succès. Huit jours de pansement avec l'iodoforme ont suffi pour guérir ce malade.

Dans les cas d'ulcère phagédénique avec décollement plus ou moins étendu des bords de la plaie, l'iodoforme a rendu à M. Verneuil les meilleurs services.

Malheureusement le prix élevé de cette substance et sa mauvaise odeur ne permettent guère d'en généraliser l'emploi. On a dit à M. Verneuil que le mélange à parties égales de la poudre de camphre avec l'iodoforme enlevait à celui-ci sa mauvaise odeur, mais il n'a pas eu l'occasion de vérifier l'exactitude de cette assertion.

Contrairement à l'observation de M. Terrillon, M. Verneuil a constaté que la poudre d'iodoforme était très adhérente à la surface des plaies et des ulcères et n'avait pas de tendance à se détacher. En résumé, M. Verneuil considère l'iodoforme comme un topique extrêmement précieux.

M. Trélat, comme M. Verneuil, emploie l'iodoforme depuis très longtemps ; il en faisait un fréquent usage avant l'apparition du pansement de Lister dans la pratique chirurgicale. Pendant son séjour a l'hôpital de la Charité, il a souvent traité par le pansement à l'iodoforme, les plaies plates, exposées. Il a restreint beaucoup ces applications depuis le pansement de Lister. M. Trélat a constaté que la poudre d'iodoforme appliquée à la surface des plaies, y détermine très rapidement un coagulum solide constitué par le mélange de l'iodoforme avec le sang coagulé. Ce coagulum ne se putréfie pas et la cicatrisation s'opère sans suppuration sous la couche qu'il forme à la surface de la plaie par un travail analogue à celui de la cicatrisation sous-crustacée.

M. Trélat ne croit pas que ce mode de pansement convienne aux plaies accompagnées d'une suppuration très abondante, parce que l'abondance du liquide entraîne le topique et l'empêche d'exercer toute l'efficacité de son action. Mais dans tous les autres genres de plaie l'iodoforme constitue un pansement excellent que l'on peut sans crainte laisser en place longtemps, car le travail de cicatrisation se fait sous lui dans le calme et la sécurité la plus complète.

M. Trélat, depuis quelque temps, s'est occupé de chercher quelles pouvaient être les meilleures préparations d'iodoforme susceptibles d'être appliquées en chirurgie. Le mélange de l'iodoforme avec les graisses lui a paru détestable. L'incorporation dans le glycéré d'amidon lui a donné de meilleurs résultats, à la condition que l'iodoforme soit mélangé d'une proportion juste suffisante de glycéré d'amidon.

Quant à la gaze iodoformée, M. Trélat n'a pu réussir à en faire fabriquer une convenable par le pharmacien cependant très habile auquel il s'est adressé.

Toutefois, M. Desnoix, qui fournit les hôpitaux de gaze phéniquée, fabrique également une toile formée par de la tarlatane enduite de colle d'amidon très légère qui retient bien l'iodoforme.

M. Trélat a employé ce pansement dans un cas de fracture comminutive des phalanges et des métacarpiens, chez un individu qui avait eu la main écrasée par une roue de voiture et, au bout de quinze jours, pendant lesquels le pansement était resté en place, la cicatrisation s'était faite, comme dans les cas les plus favorables de l'application du pansement ouaté, sans suppuration.

En résumé, M. Trélat considère le pansement à l'iodoforme comme un mode de pansement qui convient principalement au traitement des plaies plates, exposées et dans lesquelles on a à craindre des accidents de septicémie. Dans ces cas, l'iodoforme constitue une ressource très précieuse qui permettra d'appliquer avec succès la méthode des pansements rares, avec la certitude de ne pas courir les chances de septicité.

M. Desprès dit que l'iodoforme n'est, en réalité, qu'une contrefaçon de l'iode. Les bons résultats qu'il peut produire dans le traitement des plaies et des ulcères sont dus à l'iode dont il provient. Il y a longtemps que M. Bazin traitait avec succès les plaies et ulcères scrofuleux par la teinture d'iode ; il en est de même de M. Boinet, qui aurait le droit de se plaindre et de crier : « Au voleur ! » Chassaignac, avec son pansement par occlusion, guérissait les plaies et les ulcères au moins aussi bien que les Allemands avec l'iodoforme. Pourquoi aller chercher à l'étranger des moyens de traitement dont nous avons depuis longtemps, chez nous, l'équivalent, sinon le supérieur ? M. Desprès croit, en parlant ainsi, défendre les droits de la vieille chirurgie sacrifiés, suivant lui, au vain goût et à l'entraînement déplorable des nouvelles modes importées de l'étranger.

M. Trélat répond qu'élevé, comme M. Desprès et comme la plupart de ses collègues de la Société de chirurgie, à l'école des mêmes maîtres, il lui eût été commode de continuer à suivre les errements de leur enseignement et de leur pratique. Mais c'est fermer volontairement les yeux à la lumière que de prétendre avec M. Desprès que le cérat et les cataplasmes doivent toujours être considérés comme les meilleurs topiques et qu'il n'a rien été trouvé de supérieur à ces vieux moyens. Ce serait admettre que la chirurgie n'a fait aucun progrès depuis ces vingt-cinq ou trente dernières années, ce qui reviendrait à nier l'évidence.

Que M. Desprès garde pour lui le cérat, les cataplasmes et ces pansements « sales » dont il s'est constitué le glorieux apôtre, mais qu'il veuille bien laisser aux autres le pansement phéniqué et le pansement à l'iodoforme.

M. Desprès déclare qu'il abandonnera le cérat, les cataplasmes et les pansements sales lorsqu'on lui aura démontré par des statistiques intégrales que les plaies et les ulcères guérissent

mieux et plus rapidement par les nouvelles méthodes que par les procédés si simples de la vieille chirurgie.

M. Sée ne partage pas l'avis de M. Trélat lorsqu'il dit que l'iodoforme doit être réservé au traitement des plaies plates, exposées; M. Sée a voulu principalement attirer l'attention sur les heureux effets de l'emploi de ce mode de pansement dans les plaies profondes anfractueuses, difficiles à nettoyer et à déterger; le traitement de ces sortes de plaies, suivant M. Sée, est le triomphe de l'iodoforme. M. Sée ajoute, dans ces cas, à la poudre d'iodoforme un quart d'acide tannique.

Dans les abcès froids, que l'on considère aujourd'hui comme étant le résultat de dépôts tuberculeux dans le tissu cellulaire sous-cutané, lorsque ces abcès ont été ouverts et que leur surface a été grattée par la curette, l'application du pansement à l'iodoforme amène une guérison rapide et radicale.

Dans les tumeurs blanches accompagnées de fongosités de mauvaise nature, des injections au moyen de la seringue de Pravaz, d'une solution au cinquième d'iodoforme dans l'éther, donnent de très bons résultats. On a obtenu par ce moyen la guérison complète de tumeurs blanches fongueuses de l'articulation du genou.

M. Trélat a comparé la cicatrisation des plaies sous le pansement à l'iodoforme à la cicatrisation sous-crustacée; cette comparaison est juste, mais seulement pour le cas des plaies plates et des ulcères superficiels; dans la plaies profondes et anfractueuses, au contraire, l'iodoforme agit par décomposition lente et par le dégagement de l'iode qui se met à l'état naissant, en contact avec les matières organiques qu'il décompose et désorganise, et s'oppose ainsi à leur altération septique, c'est pourquoi on peut laisser en place le pansement à l'iodoforme pendant sept ou huit jours, sans voir se produire la moindre altération putride, l'iodoforme conservant pendant tout ce temps son activité, à cause du dégagement lent et continu d'iode qui ne cesse de s'effectuer à la surface de la plaie. La teinture d'iode, quoiqu'en dise M. Desprès, ne saurait avoir la même efficacité, car son action n'a qu'une durée de quelques minutes, tandis que celle de l'iodoforme persiste pendant huit et même quinze jours, grâce au travail de décomposition lente qu'il subit.

— Dans le courant de la séance, la Société de chirurgie a procédé par la voie du scrutin à l'élection des membres qui doivent composer les commissions des prix Demarquay, Gerdy, Laborie et Duval.

Dr A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## FORMULAIRE

### Pommade contre le psoriasis. — Charrassé.

Acide pyrogallique . . . . . . . . . . . de 5 à 18 et 20 gr.
Axonge. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 100 grammes.

Mêlez. — De une à quatre frictions par jour, contre le psoriasis. La durée du traitement est de 3 à 4 semaines; on peut y avoir recours à toutes les périodes de la maladie, en ayant soin de ne pas étendre les frictions à toute la surface du corps. Il faut savoir, en outre, que l'acide pyrogallique communique à la peau une coloration brune ou noire, qui disparaît, il est vrai, au bout de quelques jours; mais que s'il entrait pour une trop forte proportion dans la pommade, il pourrait provoquer de l'érythème, quelquefois même une dermatite aiguë ou des ulcérations. — En même temps qu'on applique le traitement local du psoriasis, il est indispensable de combattre la diathèse par les remèdes internes, en tête desquels figurent les préparations arsenicales. — N. G.

## COURRIER

### ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — CIRCULAIRE.

Le président de l'Association générale a été consulté, dans ces derniers mois, par plusieurs présidents des Sociétés locales sur l'opportunité de la formation de *syndicats de médecins* qu'autorise la loi sur les syndicats professionnels, votée cette année par la Chambre des députés. Sans attendre le vote complet et la promulgation de cette loi, des syndicats se sont organisés dans quelques départements, et la question a été mise à l'ordre du jour dans plusieurs Sociétés locales.

Dans ces conjonctures, le président de l'Association, après avoir pris l'avis du Conseil

général, adresse, avec son approbation, la *circulaire* suivante aux présidents des Sociétés locales.

Monsieur et très honoré collègue,

La loi sur les syndicats promet aux médecins certains avantages, et il est naturel que plusieurs Sociétés locales s'en soient préoccupées; le Conseil général de l'Association, qui n'oublie pas son mandat impératif de veiller constamment à *tous les intérêts* de la fédération, s'en préoccupe également. Mais cette loi n'a été votée que par la Chambre des députés, et il est douteux qu'elle le soit *intégralement* par le Sénat; elle subira sans doute un long ajournement, car le Sénat qui ne l'a point rapportée dans la session actuelle aura, au début de la session prochaine, une question bien autrement grave à discuter, celle de la Révision; et combien de réformes importantes seront agitées ensuite, et primeront la loi des syndicats! En outre, il faudrait, pour aboutir, qu'elle fût votée dans tous ses articles, sans changement aucun : l'adoption du plus léger amendement équivaudrait presque à un rejet, puisqu'elle nécessiterait une deuxième présentation à la Chambre soit par le gouvernement, soit par l'initiative individuelle, et, conséquemment, commission nouvelle, rapport, discussion, votes nouveaux.

En présence de ces incertitudes et de cet aléa, le Conseil a pensé que le parti le plus sage était d'attendre, pour une décision définitive, la promulgation de la loi, et qu'il devait, jusque là, s'abstenir d'une intervention active. Et, ce qui lui commande cette réserve et cette attitude expectante, c'est l'impossibilité légale pour les Sociétés de secours mutuels de se transformer purement et simplement en syndicats; un amendement qui leur accordait ce droit a été rejeté, de sorte que ceux-ci et celles-là ne pourront, même après le vote complet de la loi, se réunir et vivre d'une vie commune.

Quand cette loi, adoptée par les deux assemblées, aura reçu sa sanction dernière; quand les avantages (et aussi les inconvénients) en seront positivement établis et connus, alors il sera temps de décider de son application. La question sera soumise à l'examen des Sociétés locales; puis, elle sera discutée, délibérée d'une manière approfondie dans la plus prochaine de nos assemblées générales, et, finalement, nous aurons à chercher, tous ensemble, les moyens de profiter de l'Institution nouvelle sans compromettre l'Institution ancienne, dont le temps a consacré la grandeur morale et la prospérité matérielle.

Henri ROGER, président de l'Association.

PROMOTION. — M. Colin (Léon-Jean), médecin principal de 1re classe, sous-directeur de l'École du Val-de-Grâce, est promu au grade de médecin-inspecteur, en remplacement de M. Gueury, admis dans la deuxième section (réserve).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 9 décembre 1881.

*Ordre du jour* : Suite de la discussion sur l'alimentation forcée des phthisiques : M. Ferrand. — Un cas de néoplasme tertiaire trachéo-laryngien, par M. Gouguenheim. — Modification apportée au trocart en général (présentation d'instruments), par M. R. Moutard-Martin. — Un cas d'hémoglobinurie paroxystique *à frigore*, par M. Du Cazal. — Sur les éruptions pemphigoïdes d'origine iodique, par M. Hallopeau.

A 4 heures 3/4, réunion pour le choix de la place laissée vacante à l'hôpital de la Charité par le décès de M. Maurice Raynaud, et pour les mutations à intervenir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques de la Faculté, commencera son cours public d'anatomie le mardi 6 décembre 1881, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, 2, rue Vauquelin, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE. — *Applications médicales, chirurgicales et obstétricales de l'électricité.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours le mercredi 7 décembre, à 2 heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer tous les mercredis suivants, à la même heure.

ERRATUM. — C'est par erreur que nous n'avons pas fait figurer dans le n° du 3 décembre, les noms de MM. Bouchut, Archambault et Parrot parmi les membres de la commission de prophylaxie de la diphthérie.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

La Faculté de médecine, professeurs et agrégés, s'est réunie le mardi 6 décembre, après une première délibération qui avait eu lieu le dimanche précédent, pour désigner son futur représentant au Conseil supérieur de l'instruction publique.

On sait que M. Vulpian, après avoir donné sa démission de doyen, avait cru devoir abandonner également la place qu'il occupait au sein du Conseil supérieur, comme représentant de la Faculté. L'éminent professeur estimait qu'après avoir reçu de ses collègues, à titre de doyen, ces hautes fonctions, il devait les résilier en même temps qu'il renonçait au décanat lui-même. Dictée par un scrupule fort honorable, cette conduite n'avait qu'un tort, c'était de nous placer tous dans un cruel embarras, car M. Vulpian exprimait le désir de se retremper dans une élection nouvelle. Il fallait donc, ou lui refuser un vote auquel tout son passé lui donnait droit, et nous séparer de lui comme s'il eût démérité, ou bien consentir à mettre le nouveau doyen dans la situation la plus fausse. M. Béclard vient d'être placé à la tête de la Faculté par l'autorité du ministre; la Faculté allait-elle, au bout de huit jours, l'amoindrir par son vote, en refusant de voir en lui son représentant naturel? Peut-être l'eût-elle fait, si la décision ministérielle eût été contraire à ses vœux.

M. Vulpian a trouvé bien des voix amies pour lui montrer que l'estime de ses collègues ne l'abandonnait pas. Néanmoins, la candidature de M. Béclard a triomphé. Du moment que nulle idée de protestation n'était mise en avant, et qu'il fallait opter entre deux hommes également honorables et sympathiques, l'avis a prévalu que, dans ses rapports avec l'autorité supérieure, la Faculté doit se présenter sous les traits du doyen, son image vivante, son expression la plus haute, « son appareil moral, comme la masse et le massier constituent son appareil matériel ». Ainsi M. Wurtz avait été choisi pendant son décanat, ainsi l'a été M. Vulpian lui-même; désigner M. Béclard, c'était suivre une jurisprudence qui a l'avantage d'éloigner les questions de personnes pour mettre au premier rang l'intérêt de la Faculté, la dignité de son doyen, l'autorité morale dont il a besoin pour remplir sa tâche.

*Académie de médecine*, 6 décembre. — M. Verneuil revient aujourd'hui sur les relations pathogéniques du paludisme et du diabète, et répond aux objections pré-

---

# FEUILLETON

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de M. le professeur LABOULBÈNE. — Leçon d'ouverture (1).

### HISTOIRE DES LIVRES HIPPOCRATIQUES.

IV

Puisque nous pouvons admettre avec certitude que les Livres hippocrtiques renferment non-seulement les écrits d'Hippocrate, mais aussi les papiers d'autres Hippocratiques ses parents, ses disciples, ceux de ses adversaires, et de plus des écrits antérieurs et postérieurs au médecin de Cos, comment cette précieuse collection s'est-elle formée et comment nous est-elle parvenue?

La conservation des Livres hippocratiques est sans exemple dans l'histoire littéraire de l'antiquité. La rédaction elle-même de la plupart des traités a subi peu d'altérations. Nous possédons ce qu'ont écrit Hippocrate et ses disciples, leurs notes elles-mêmes dans leur état primitif d'imperfection.

Il est probable que l'ensemble des écrits hippocratiques, moins les Apocryphes, constitue un héritage transmis fidèlement et tel à peu près qu'il a été reçu par les parents ou par les disciples d'Hippocrate. Dès la plus haute antiquité, ces écrits avaient beaucoup de notoriété

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 novembre, 1er et 6 décembre.

sentées par M. Léon Colin. L'habile orateur tient à montrer qu'il sait à quel point les recherches étiologiques sont délicates, et combien il faut être scrupuleux dans la recherche des antécédents paludiques. Il pense néanmoins qu'on a méconnu la fréquence de la glycosurie palustre à l'état chronique, et surtout il combat l'opinion de M. Colin sur un point essentiel. Êtes-vous sûr, avait dit celui-ci, qu'après neuf ou dix ans écoulés sans manifestations paludiques, les troubles que vous observez puissent être imputés à la malaria? De toutes les intoxications, répond M. Verneuil, la fièvre intermittente est la plus rebelle, et le traumatisme est l'excitant qui la réveille le plus sûrement, quelle qu'ait été la longueur de son sommeil. Le savant clinicien présente une série de faits à l'appui de cette proposition; il termine en lisant une note dans laquelle M. Burdel, de Vierzon, dit avoir observé des cas de sphacèle qu'il a d'abord attribués à l'ergotisme, et qu'il donne aujourd'hui comme relevant de la diathèse paludo-diabétique.

La discussion est soutenue avec autorité par M. Le Roy de Méricourt. Après avoir remercié M. Verneuil de porter à la tribune de l'Académie une importante question de pathologie générale que les médecins de la marine et de l'armée auront sans doute à cœur de résoudre avec les éléments qui sont entre leurs mains, l'orateur élève de nouveaux doutes sur les relations du paludisme, sinon avec la glycosurie passagère, du moins avec le diabète vrai. Peut-être aurait-il pu glisser davantage sur les différences qui séparent les deux espèces de glycosurie : M. Verneuil les connaît. Mais il pose la question sur son véritable terrain, en montrant que jusqu'ici, entre un paludisme dont les atteintes sont déjà anciennes et un diabète confirmé dont le début nous échappe, le lien de causalité n'est pas nettement établi. Quand on observe le diabète quinze ou vingt ans après la malaria, il faudrait savoir s'il y a eu glycosurie pendant ce long intervalle. Un des malades de M. Verneuil avait eu de profonds chagrins; cette cause ne vaut-elle pas autant que le paludisme?

M. Le Roy de Méricourt nous paraît moins heureux quand il suppose que les accidents fébriles réveillés par le traumatisme, intermittents et justiciables du sulfate de quinine, ne sont pas un rappel de l'ancienne intoxication, et quand il les compare sans motif bien apparent aux accidents fébriles de même type qui surviennent chez les urinaires. Ce passage fait heureusement place à une discussion très attentive des faits présentés par M. Verneuil, à une revue des auteurs dignes de foi qui ont observé, dans les pays chauds, les paludiques par centaines et les dia-

---

et une grande réputation. Il a dû exister de bonne heure une sorte de bibliothèque hippocratique, et les livres ont été répandus par les médecins périodeutes ou voyageurs. Ces livres, en détail, peut-être en bloc, circulaient et étaient connus sous le nom d'Hippocrate, avant la fondation de la bibliothèque d'Alexandrie; Aristote possédait probablement un traité hippocratique.

La Collection des Œuvres d'Hippocrate ne saurait être plus moderne que l'établissement de la bibliothèque d'Alexandrie. Nous avons là une limite sûre; le plus ancien commentateur d'Hippocrate n'est pas Dioclès de Caryste, comme l'a cru Ackermann; c'est Hérophile, qui fut disciple de Praxagore et qui vivait à Alexandrie 300 ans avant J.-C. Hérophile avait travaillé sur le *Pronostic* (Προγνωστικὸν).

L'époque de la publication de la collection hippocratique doit être rapportée au temps où ont vécu Hérophile et Érasistrate, ou en d'autres termes aux Alexandrins. C'est alors que les textes ont été colligés, fixés et interprétés. Dès l'origine, tout ce que Érotien et Galien connaissaient de la Collection hippocratique a dû y être renfermé. Ainsi l'existence de la Collection est positive, le texte assuré, pour la génération qui a suivi les Alexandrins.

C'est vers l'an 320 avant notre ère, peu après la mort d'Alexandre, que le premier roi grec de l'Égypte, Ptolémée, fils de Lagus, établit sa bibliothèque à Alexandrie; bibliothèque qui prit de si grands développements sous ses successeurs Ptolémée Philadelphe et Ptolémée Évergète, et qui, provoquant le zèle rival des rois de Pergame, fut cause de l'invention du parchemin. L'amour des Ptolémées pour les livres a déterminé la Collection définitive et la publication régulière des Livres hippocratiques.

Galien a rapporté un exemple qui prouve quelle passion Ptolémée Évergète avait pour les vieux livres, quelle munificence il déployait pour se les procurer, et combien les exemplaires

bétiques en nombre infime, enfin à quelques relevés statistiques empruntés aux marines étrangères et conduisant précisément au même résultat.

En résumé, le rappel des accidents de la malaria sous des influences diverses, et souvent à longue échéance, n'est pas niable. D'autre part, les hommes qui ont le plus observé la fièvre intermittente, ont rarement vu, comme la dit M. Rochard, un paludiqué mourir de diabète. Il suit de là qu'il est actuellement difficile d'établir sur des bases solides la relation pathogénique supposée, non encore affirmée par M. Verneuil. Mais il faut le remercier d'avoir suscité un débat qui a fait eutrer en lice nos militaires et nos marins, et qui peut les provoquer à d'utiles recherches.

L.-G. R.

---

## Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr DE SAINT-GERMAIN.

### LEÇON SUR L'OBÉSITÉ (1).

| | |
|---|---|
| Le 4 janvier 1881, X..., vêtu, pèse. . . . . . . . . | 116 kilos. |
| Le 24 mars. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 101 kilos. |

Les 15 kilos perdus représentent d'abord l'appoint évalué à 7 kilos qui a disparu dans la première partie de janvier, puis la perte réelle de 7 kilos 1/2 qui, dès ce moment, va s'accentuer progressivement.

| | |
|---|---|
| Le 1er avril, pesée de . . . . . . . . . . . . . . . | 99 k. 600 |
| Le 8 avril . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 98 k. 600 |
| Le 15 avril. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 98 k. |
| Le 22 avril. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 96 k. 300 |
| Le 29 avril. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 95 k. 500 |
| Le 6 mai. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 94 k. 550 |

Jusqu'ici, l'exercice a été fait dans toute sa rigueur. Le régime a été religieusement suivi. Aussi n'avons-nous à constater qu'une diminution assez rapide et constante.

Trouvant que cette progression était peut-être un peu rapide, et craignant, d'autre part, une prompte rechute s'il revenait à ses anciennes habitudes, notre ami trouva

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 29 novembre et 1er décembre.

---

des plus fameux ouvrages étaient rares. Il demanda aux Athéniens l'exemplaire qu'ils possédaient des œuvres d'Eschyle, de Sophocle et d'Euripide, afin d'en faire prendre copie, et pour gage il déposa quinze talents d'argent (environ 65,000 francs de notre monnaie). Après avoir fait copier les tragédies sur le plus beau papyrus, il leur donna cette copie, leur disant qu'ils n'avaient qu'à garder l'argent en compensation de ce qu'il retenait la pièce confiée. On voit par ce récit combien les livres étaient peu répandus. Les collecteurs eux-mêmes, avant la période alexandrine, ont été les causes involontaires de la perte des livres : les matériaux pour copier étaient défectueux, les exemplaires de chaque ouvrage très peu nombreux ; ils les achetaient fort cher, s'appropriaient la seule copie existante, et, si quelque malheur trop fréquent, incendie, accident quelconque, frappait la bibliothèque, le livre était perdu sans retour.

Le même Ptolémée avait donné l'ordre qu'on demandât à tous les marchands et navigateurs qui venaient à Alexandrie les livres qu'ils avaient avec eux. On en prenait copie, on rendait cette copie au possesseur, et l'original était déposé dans la bibliothèque avec cette inscription : Livre des navires (τὰ ἐκ πλοίων). On y ajoutait le nom de celui qui l'avait apporté. Je vous donne ces détails parce qu'ils s'appliquent à un des livres de la Collection hippocratique, le troisième livre des *Épidémies*. Apollonius Biblas nous apprend qu'il en existait trois exemplaires : celui de la bibliothèque du roi ; l'exemplaire des navires ; l'édition de Bacchius, disciple d'Hérophile.

Les Ptolémées payant les livres au poids de l'or, les exemplaires avaient afflué de toute part dans la bibliothèque, et c'est ainsi que les Livres hippocratiques y étaient parvenus. Mais c'était un chaos, ou, comme dit Littré, marchandise mêlée. On fut obligé de ne les déposer dans la bibliothèque qu'après un examen préalable, et des bibliothécaires, appelés *séparateurs*

pour enrayer son amaigrissement le système vraiment machiavélique des écarts. Je m'explique : au lieu de modifier chacun des repas, en y annexant soit du pain, soit une certaine quantité de vin, on continue rigoureusement le régime; seulement, deux, trois, quatre ou cinq fois la semaine, le régime est abandonné complétement à certains repas déterminés à l'avance.

Le 10 mai, 3 écarts se sont produits, et on obtient. 93 k. 700
Le 17 mai, 5 écarts . . . . . . . . . . . . . . . . . 93 k. 900

On le voit, la dose des écarts a été trop forte; on a récupéré 200 grammes.

Le 24 mai, point d'écarts. . . . . . . . . . . . . . . 93 k. 400

Malgré le régime rigoureux, la perte n'a pas été, on le voit, très considérable.

Le 3 juin, la sobriété a été rigoureusement observée. Elle est récompensée par une baisse notable à. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 91 k. 900
Le 10 juin, 4 écarts . . . . . . . . . . . . . . . . . 91 k. 950
Le 17 juin, 1 écart 1/2. . . . . . . . . . . . . . . . 91 k. 250
Le 24 juin, 5 écarts, mais exercice forcé. . . . . . 90 k. 850
Le 1er juillet, exercice très modéré, 3 écarts. . . . 91 k.
Le 8 juillet, exercice forcé, 2 écarts. . . . . . . . 89 k.

Le 15 juillet, la natation commence; doit-on attribuer à cet exercice, avant la pesée, une sorte d'augmentation par imbibition? Cela est possible, car, malgré 2 écarts seulement, on obtient. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 89 k. 600

A savoir, une augmentation de 600 grammes.

Le 22 juillet, les chaleurs ont été excessives, la transpiration des plus abondantes. Aussi, malgré l'exercice absolument supprimé, la marche exceptée; malgré une petite dose de vin prise à chaque dîner seulement, on obtient. 88 k. 050

Le 29 juillet, les chaleurs continuent 9 écarts, dont 3 considérables avec pain à discrétion et eau-de-vie à la fin du repas. Ascension à. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 88 k. 900

Le 5 août, on s'est repenti des excès cités plus haut, 2 petits écarts seulement. On obtient une baisse à. . . . . . . . . . . . 87 k. 250

Le 12 août, semaine néfaste pour l'entraînement. Réjouissances de famille. Invitations. Dîners en ville. Résultat. . . . . . . . . . 89 k.

Le 19, la sobriété reparaît avec le remords, et l'on obtient. . . . 87 k. 150

---

(χωρίζοντες), les revisaient et donnaient leur opinion, favorable ou non. Les livres jugés bons étaient mis à part avec le titre de livres de la petite table (τὰ ἐκ τοῦ μικροῦ μινακιδίου). Nous ne savons pas quels étaient les Livres hippocratiques qui ont figuré sur la petite table.

Galien accuse les faussaires d'Alexandrie d'avoir altéré les œuvres hippocratiques. C'est auparavant que cela pouvait avoir été fait, car, du moment qu'un livre fut déposé dans une bibliothèque, du moment qu'il eut été le sujet de commentaires, il fut garanti contre les altérations préméditées. Tant que les livres restaient cachés, hors de la circulation, il était facile d'en changer le titre, de substituer un nom d'auteur à un autre; c'est ce qui arriva, et en particulier pour plusieurs traités hippocratiques, lorsque la bibliothèque d'Alexandrie recueillit les livres qu'elle payait si cher. La collection ne changea plus depuis l'époque alexandrine jusqu'à Galien, mais elle a pu être modifiée depuis Galien jusqu'à nous. Il y est entré des morceaux sans importance véritable et inconnus dans l'antiquité. Ce résultat est dû à ce que les bibliothèques brûlèrent bien des fois; les livres redevinrent rares, la culture des sciences s'affaiblit, et alors on put intercaler dans la Collection hippocratique des fragments illégitimes, parce qu'ils n'ont pas figuré dans les anciens dépôts publics, parce qu'ils n'ont pas été expliqués par les commentateurs.

Les anciens avaient distingué les traités hippocratiques en livres achevés, συγγράμματα, et en recueils de notes, ὑπομνήματα. De plus, les commentateurs ayant mis certains titres différents aux mêmes phrases, celles-ci ont été citées avec divers titres. Il n'y a pas eu, semble-t-il aux critiques les plus autorisés, de règles fixes pour l'arrangement, ce qui était déjà remarquable au temps d'Érotien et de Galien.

Ce fait prouve que les auteurs des traités n'y mettaient pas les titres, et que plus tard seulement la division en livres et en chapitres a eu lieu, étant l'œuvre des éditeurs et non des

La fin du mois d'août et le mois de septembre ne présentent que des oscillations dont le détail plus prolongé deviendrait fastidieux; ce qui précède suffit pour démontrer de la manière la plus évidente que l'on peut, à son gré, à l'aide du régime seul, maintenir son poids dans des proportions déterminées. Ce tableau démontre également l'utilité des pesées hebdomadaires ne fut-ce que pour s'assurer que l'on demeure dans la bonne voie, et que l'on ne regagne pas par une pente douce et insensible le terrain perdu.

L'observation, prise dans son ensemble, vous convaincra, je l'espère, que tout sujet atteint d'obésité peut dans un temps assez court arriver à restreindre sans danger l'envahissement du tissu cellulaire par la graisse.

Je me suis attaché à vous prouver égalemsnt que s'il est facile de maigrir, il est également aisé de se maintenir au même niveau, c'est-à-dire d'enrayer l'émaciation comme on a enrayé l'engraissement, et cela par le système des écarts plus ou moins complets répétés en moyenne de deux à quatre fois la semaine, et une seule fois par jour seulement au dîner surtout. On devra, en effet, conserver pour le déjeûner le régime dans toute son intégrité, en raison des occupations diurnes qui demandent à l'esprit toute sa lucidité, à l'intellect toute sa vigilance. L'essai infructueux que j'ai relaté et qui remonte à 1872, vous démontre également toute l'inanité, le danger même, des systèmes de réduction basés sur l'emploi des altérants et des purgatifs. Ce système, dont on a fait de nos jours un abus déplorable, n'agit contre l'obésité qu'en provoquant chez le sujet une véritable athrepsie et son moindre inconvénient est de ne pouvoir être continué plus d'un certain temps.

En résumé, que peut-on obtenir par le système d'amaigrissement basé sur le régime et l'exercice combinés ?

En dehors de la diminution de poids qui a bien son importance, nous observons une réduction notable du volume du sujet, et bien que cette réduction soit rendue palpable par l'état flottant des habits qui naguère dessinaient le mieux les formes, il est indispensable pour le volume comme pour le poids de pratiquer des mensurations exactes, c'est-à-dire de mesurer avec soin chaque semaine le tour de taille. Cette mensuration ne laisse pas que de présenter quelques difficultés d'exécution. Aussi vous demanderai-je la permission de m'y arrêter un instant. Le point précis à mesurer, ou mieux la ligne de mensuration, devra d'abord être invariablement la même ; elle sera représentée par une ligne horizontale qui, passant immédiatement au-dessus des deux crêtes iliaques, viendrait aboutir à l'ombilic ; mais comment

---

auteurs propres. Ainsi, Rufus avait divisé les Aphorismes en trois sections, Soranus en quatre ; Galien a suivi la division en sept, probablement parce qu'elle était la plus ancienne. C'est aussi Galien qui a partagé le Pronostic en trois sections.

Ces détails nous prouvent que la Collection hippocratique n'avait d'abord ni ordre établi, ni titres fixes, ni divisions incontestables. Les éditeurs l'arrangèrent successivement, la distribuèrent suivant leur jugement, avec utilité, mais aussi avec arbitraire.

V

Si je ne devais pas avoir très fréquemment l'occasion de vous parler de la méthode hippocratique, ce serait le moment de vous dire les services rendus par le vieillard de Cos, en séparant la médecine, en la mettant à l'abri des spéculations stériles de la philosophie, ou plutôt des philosophes de son époque, en rejetant les hypothèses, pour s'appuyer sur la réalité, l'étude des faits, τὸ ἐόν. La méthode antique d'Hippocrate et la méthode expérimentale moderne ne diffèrent point, car elles ont l'une et l'autre pour base les faits observés. Hippocrate déclare que l'homme vivant, pour être connu, doit être étudié dans ses rapports avec ce qui l'entoure. L'avancement de la science ne peut avoir lieu que par une seule voie ; cette voie est celle du raisonnement fondé sur l'expérience.

La méthode hippocratique est universelle, et non l'apanage de quelques-uns; il n'est pas juste de dire dans une Faculté célèbre : *Olim Cous, nunc Monspeliensis Hippocrates.* Nos chers maîtres, Andral, Chomel, Louis, Cruveilhier, Rostan, Rayer, Trousseau, etc., ont suivi la méthode du vieillard de Cos; leurs œuvres portent l'empreinte du vrai parce qu'elles s'appuient sur la réalité. Il en est de même de l'Ancien vénéré, dont la Faculté porte le deuil

arriver à une constriction toujours uniforme du tronc? On se sert pour cela d'un lien absolument inextensible, une bande de toile sur laquelle on a exercé au préalable des tractions très énergiques. Ce lien, placé au lieu indiqué, doit être serré avec assez de force pour qu'il soit impossible avec une vigueur ordinaire d'obtenir une constriction plus grande. Le minimum de longueur obtenu, la bande est chaque semaine étendue sur un mètre de bois et le résultat consigné avec soin. Chose assez curieuse, le résultat de la diminution de volume a suivi exactement celui de la diminution du poids. Les oscillations ont été les mêmes, et pour ne point fatiguer votre attention déjà mise à une dure épreuve, je me bornerai à vous donner le résultat terminal.

Le 4 janvier, le tour dé taille mesurait 118c, aujourd'hui il en mesure 73c. Examinons maintenant les autres résultats obtenus : sans parler de l'effet indiscutable relatif aux fonctions sexuelles, j'insisterai sur l'agilité toute particulière qu'on acquiert par un traitement de réduction. Notre ami a l'occasion de gravir deux fois la semaine, dans un des établissements dont il est le chirurgien, un escalier rapide de cent quatre marches. Avant le traitement, il montait cet escalier lentement, posément, pas à pas; il avait soin de se reposer quelques secondes à chaque étage; et lorsqu'il étoit parvenu au sommet, il éprouvait un essoufflement tel qu'il attendait toujours un certain temps avant de sonner. Aujourd'hui il se fait un jeu de monter cet escalier en courant, c'est-à-dire deux marches à la fois. Sous l'influence de l'obésité, la transpiration était chez lui des plus abondantes. Le moindre effort physique, et chose curieuse, la moindre émotion morale, la plus légère surprise suffisait pour le couvrir d'une sueur profuse et instantanée. Aujourd'hui il ne transpire plus qu'après un des exercices violents décrits plus haut. Autre effet bien curieux sur les fonctions cutanées. Depuis plus de quinze ans, à la fin de juillet, il remarquait à la face antérieure des avant-bras et à la partie supérieure du dos une éruption sudorale des plus intenses se traduisant par une poussée des plus confluentes qui avait même, à plusieurs reprises, été considérée comme un début d'eczéma. Cette année, il n'a eu à noter rien de pareil, malgré les chaleurs torrides que nous avons traversées en juillet, malgré les sudations provoquées par les exercices quotidiens. Nous n'aurions donc à trouver dans l'emploi de ce traitement que des avantages; il y a pourtant à signaler un petit revers de médaille, je veux parler du changement notable qui s'est produit dans la tournure d'esprit. D'une gaieté exubérante avant le traitement de réduction, notre ami a vu petit à petit cette disposition

---

récent, de Jean Bouillaud, à l'esprit élevé, au caractère austère et intègre, aussi dévoué à son enseignement qu'inaccessible à la faveur. Ses immortelles recherches sur le rhumatisme articulaire, sur les maladies du cœur, sur la localisation du langage, ont été faites suivant la méthode hippocratique.

La doctrine d'Hippocrate est bien différente de sa méthode. En voici un rapide aperçu; elle est dogmatique. Il reconnaît deux ordres de causes pathologiques : le premier comprend l'influence des saisons, des climats, des âges, des localités; le second, l'alimentation particulière à chacun, et les exercices auxquels il se livre.

D'après Hippocrate, la santé est due au mélange régulier, à l'équilibre harmonique des humeurs (antique doctrine qu'on rapporte à Alcmæon, le philosophe), et constituant la *crase*. La maladie procède du dérangement de la crase des humeurs. A cette opinion se rattache la *coction* qui provient de la chaleur innée, et les humeurs, à mesure que la maladie marche vers sa terminaison, se modifient, s'épaississent, changent de couleur, altérations qui coexistent avec l'amélioration. La maladie a une cause matérielle consistant dans une humeur qui trouble l'économie.

La coction des humeurs en prépare l'expulsion. Les efforts pour cette expulsion aboutissent à la *crise* ou au *dépôt*. La doctrine des jours critiques est le complément de celle des crises. De leur application résulte la *prognose*, qui n'est ni la séméiotique, ni le diagnostic, ni le pronostic de nos jours. La prognose dominait tout l'art au temps hippocratique; elle était la comparaison de l'état de santé avec l'état de maladie. Les hippocratiques jugeaient le dedans par le dehors avec une grande pénétration et une généralisation pleine de hardiesse.

(*La fin à un prochain numéro.*)

se transformer en une sérénité quelque peu flegmatique. Il en est résulté un changement qui a été remarqué par ses amis et auquel ils ont donné trop vite le titre de tristesse et de mélancolie. Il n'en est cependant rien. Il apprécie beaucoup moins qu'autrefois le genre badin et lui préfère l'étude sérieuse. Si ses amis, beaucoup trop indulgents pour sa gaieté passée, disent avoir à se plaindre; il trouve, lui, qu'il a personnellement gagné à cette métamorphose. — Si vous avez reconnu le sujet sous le voile un peu transparent dont je l'ai enveloppé, vous n'en aurez que plus de confiance dans l'exactitude des faits et dans la scrupuleuse attention de l'observateur.

Il serait assez intéressant de dresser une échelle de comparaison entre la nature de l'individu et le poids qu'il doit normalement présenter. Après un certain nombre de tâtonnements, je suis arrivé à une concordance de chiffres assez curieuse. Le nombre de poids en livres représenterait au moins pour l'adulte mâle le nombre de centimètres de sa hauteur. C'est ainsi qu'un homme de 175c devrait, pour être bien équilibré, peser 175 livres, et que pour un homme de 200c ou 2 mètres, le poids de 200 livres n'aurait rien d'exagéré. Cette considération n'est pas vraie quand il s'agit des enfants ; il n'y a pas entre la taille de l'enfant et son poids le rapport simple que l'on aperçoit chez l'adulte. On ne peut, en conséquence, leur appliquer d'une manière équilibrée le traitement de réduction qui donne de si beaux résultats. Cela est surtout impossible quand l'obésité accompagne une paralysie infantile. Dans ce cas, le séjour à la campagne dans un lieu élevé, parfaitement sec, auprès des bois, des bains fortifiants (Denonvilliers préconisait les bains de tripes, les bains de sang), le massage médical, les bains salins excitants, les eaux de Bourbonne-les-Bains peuvent rendre du ton à la fibre musculaire et contrebalancer l'excès de tissu adipeux.

## CORRESPONDANCE

Mon cher confrère,

Permettez-moi de porter à la connaissance des lecteurs de votre excellent journal un fait qui ne peut manquer d'intéresser un grand nombre d'entre eux, au point de vue professionnel.

Afin de rendre plus commodes les rapports des malades qui fréquentent son établissement thermal avec leur médecin particulier, l'Administration des eaux minérales d'Enghien avait mis quelques cabinets à la disposition des uns et des autres.

Ce que sachant, MM. les répartiteurs de la commune d'Enghien, s'imaginant que, par l'usage de ces cabinets, les médecins consultants étaient assimilables aux commerçants ayant plusieurs boutiques ou magasins, et qu'ils devenaient ainsi passibles d'une nouvelle taxe proportionnelle à la valeur de ce cabinet, ont élevé d'autant la cote de nos contributions.

Cette assimilation et la surcharge d'impôts qui en était la conséquence me paraissant mal fondées, j'ai réclamé contre elles, m'appuyant sur les considérations suivantes :

1° En vertu du deuxième paragraphe de l'art. 9 du décret du 28 janvier 1860, les malades faisant une cure dans un établissement d'eaux minérales sont autorisés à s'y faire accompagner par le médecin de leur choix, c'est-à-dire par celui qu'ils ont consulté à leur arrivée dans la station, soit parce que déjà ils l'avaient connu par des relations antérieures, soit parce qu'ils lui avaient été adressés et recommandés par le médecin de leur pays.

2° Il est d'usage, dans toutes les stations d'eaux minérales, que les médecins consultants se rendent chaque jour dans l'intérieur de l'établissement de bains à l'effet, soit de s'enquérir de la façon dont leurs prescriptions sont exécutées, soit d'apprécier extemporanément les effets immédiats des pratiques balnéaires sur leurs propres clients. Dans ces circonstances, la surveillance qu'ils exercent et l'observation clinique à laquelle ils se livrent ne leur rapportent aucun profit matériel ; elles concourent exclusivement à l'avantage de l'exploitation des eaux minérales et à celui des malades; tandis que, pour les consultations sérieuses et pour les examens particuliers, ces derniers sont forcés de se rendre au domicile de chaque médecin. Il serait donc souverainement injuste de considérer l'établissement de bains comme un second local servant à l'exercice rémunérateur de la profession du médecin consultant dans une station d'eaux minérales.

3° Les cabinets de l'établissement d'Enghien, mis à la disposition des médecins consultants, ne changent rien à ce qui se fait ailleurs, si ce n'est que les rapports réciproques entre mé-

decins et malades, dans l'intérieur de l'établissement, au lieu de se passer dans les salons communs ou dans les cabinets de bains ou de douches, ont lieu dans des cabinets spécialement affectés à cet usage par l'administration. D'ailleurs les médecins consultants d'Enghien ne sont ni propriétaires ni locataires de ces cabinets; ils n'ont pas le droit d'en emporter la clé, puisqu'après les premiers occupants d'autres peuvent venir les y remplacer; enfin les portes de ces cabinets, à l'exception de celles du médecin-inspecteur, ne portent aucune enseigne indiquant le nom de ceux qui les occupent temporairement. La conclusion naturelle de ce qui précède est que, dans ces cabinets, les médecins consultants ne sont pas chez eux, mais qu'ils sont chez leurs clients, les directeurs ou les fermiers des établissements d'eaux minérales, intéressés à favoriser leurs agissements au profit de leur exploitation.

Nonobstant ces observations, la direction des contributions directes à conclu au rejet de ma demande.

Alors, prévoyant qu'une semblable mesure fiscale pourrait bien être appliquée à tous ceux de mes confrères qui se trouvent dans une position analogue à la mienne, et soupçonnant que, dans cette affaire, je pouvais n'être pas seul en cause, désirant d'ailleurs obtenir justice, je me suis pourvu devant le conseil de préfecture du département de Seine-et-Oise; et, pour assurer le succès de ma réclamation, j'ai demandé l'avis des *conseils judiciaires* des Associations des médecins du Rhône et de Seine-et-Oise et de l'Association générale des médecins de France.

Le quatre novembre dernier, je fus appelé devant le conseil; je m'y suis présenté, assisté de maître Haussmann, du bureau de Versailles et Conseil judiciaire des médecins de Seine-et-Oise. J'ai d'abord été admis à donner quelques explications au Conseil, puis Me Haussmann a pris la parole, et, dans un plaidoyer remarquable, a réduit à néant les prétentions des agents du fisc et obtenu la réduction que je réclamais.

En somme, cet arrêt du Conseil de préfecture de Seine-et-Oise a une grande importance. Il constitue un précédent sur lequel les médecins, indûment imposés dans les mêmes conditions, pourront appuyer leurs réclamations. C'est pourquoi, très honoré confrère, je me suis adressé à vous pour le leur faire connaître, comptant sur votre sympathie pour tout ce qui intéresse les questions professionnelles.

Agréez, très honoré confrère, la nouvelle assurance de mes meilleurs sentiments.

GILLEBERT DHERCOURT.

Enghien, le 26 novembre 1881.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un extrait du testament olographe de Mme Laval, née Teissier, qui lègue à l'Académie, au nom de Mme Laval de Serrières, sa belle-mère : 1° un portrait de M. Jobert, de Lamballe, par Gérard; 2° une somme de 30,000 francs, dont les arrérages seront délivrés chaque année à l'élève en médecine de la Faculté de Paris le plus méritant, au jugement de l'Académie.

2° Une lettre de candidature de M. Gabriel Fraisse, étudiant en médecine, pour le concours du prix Vulfranc Gerdy, qui doit avoir lieu en décembre.

3° Un mémoire intitulé : *Du recrutement dans le département de Tarn-et-Garonne; causes et motifs d'exemption du service militaire en* 1876, 77 *et* 78.

4° Un certain nombre de lettres relatives au prix Saint-Paul.

—

M. TILLAUX présente, au nom de M. le docteur Albert Demons, de Bordeaux, un volume sur l'*Ostéotomie*, traduit de l'ouvrage du docteur William Macewen.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Daniel Mollière (de Lyon), un article sur la *Gangrène gazeuse*, extrait du journal le *Lyon médical*.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les rapports du diabète avec le paludisme.

M. VERNEUIL fait observer que les réserves présentées par M. Léon Colin (du Val-de-Grâce), dans la dernière séance, portent sur trois points :

1° Fréquence douteuse du diabète palustre chronique;

2° Dépendance problématique de ce diabète et du paludisme antérieur;

3° Nécessité d'établir dans les antécédents du diabète réputé palustre l'existence avérée du paludisme.

Sur le premier point, M. Colin déclare que les paludiques incontestés, sous toutes les formes et à tous les degrés, se comptent dans l'armée par milliers, et cependant on ne sigoale peut-être pas un seul cas de réforme ou de retraite pour diabète palustre.

M. Verneuil répond : le diabète palustre peut aisément échapper aux conseils de révision et de réforme, parce qu'on n'examine pas les urines des malades; parce que l'incubation de ce diabète peut être un peu longue; parce qu'il semble affecter des formes bénignes et paraît compatible avec une assez bonne santé.

L'argument de M. Colin n'aura de valeur que lorsque la recherche du sucre sera spécialement faite chez tous les hommes renvoyés dans leurs foyers pour cause d'intoxication tellurique invétérée.

M. Colin pense que les paludiques restés pendant quelques années indemnes de toute récidive sont délivrés de l'intoxication et se trouvent dans les mêmes conditions que les individus vierges de toute imprégnation tellurique. M. Verneuil est d'un avis contraire. Il estime que, de toutes les intoxications, le paludisme est la plus rebelle, la plus tenace, la plus indestructible, et que, si prolongé qu'en ait été le sommeil, elle peut toujours reparaître avec ses caractères typiques plus ou moins évidents sous l'influence de causes provocatrices diverses, parmi lesquelles le traumatisme occupe probablement le premier rang.

M. Verneuil cite plusieurs observations de malades qui avaient cessé d'avoir des accidents paludiques depuis neuf, dix, douze, quinze et même vingt années, et qui, à la suite d'un traumatisme accidentel ou chirurgical, ont éprouvé des manifestations intermittentes parfaitement caractérisées qui ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine.

Le plus curieux de ces faits, communiqué à M. Verneuil par M. le docteur Ch. Leroux, est celui d'un malade qui avait eu une fièvre intermittente à l'âge de 2 ans et qui avait joui d'une santé parfaite pendant quarante ans. A la suite de la rupture d'un phimosis, il se produisit une hémorrhagie et une inflammation légère, puis des accès de fièvre intermittente bien caractérisés qui cédèrent aisément au sulfate de quinine.

Un autre fait également curieux est celui qui a été observé par M. le docteur H. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine. Il s'agit d'un individu, né en Hollande, qui fut pris, à Marseille, à l'âge de 20 ans, d'une fièvre pernicieuse grave, à accès quotidiens, pour laquelle il prit une quantité considérable de sulfate de quinine. Depuis, sa santé avait toujours été excellente.

En décembre 1876, il fit une chute et se cassa le péroné. Il fut pris, dans le siège de la fracture, d'une douleur vive, revenant toutes les nuits, sans fièvre caractérisée, qui ne céda qu'à l'emploi du sulfate de quinine.

M. Verneuil pense que, dans tous ces cas, le retour des accès de fièvre intermittente ne peut être légitimement attribué qu'au réveil du paludisme provoqué par l'action traumatique.

Il en est du paludisme, suivant lui, comme de la syphilis dont les manifestations secondaires ou tertiaires peuvent rester latentes pendant dix, vingt et trente ans, et reparaissent tout à coup sous l'influence d'un traumatisme même léger, tel qu'une simple contusion. Ce qui est accepté pour la syphilis doit l'être, suivant lui, pour le paludisme.

M. Verneuil termine par la lecture d'une note qui lui a été adressée par M. le docteur Burdel, de Vierzon. Cet honorable et distingué praticien dit que depuis l'époque où, pour la première fois, il a fait des recherches tendant à démontrer que l'impaludisme développe souvent une véritable glycosurie qu'il a attribuée au trouble profond et spécial apporté dans le système cérébro-spinal et grand sympathique par l'agent paludique ou tellurique, il lui a été donné, par de nombreuses et nouvelles observations, de compléter et de modifier ses recherches sur ce sujet.

Suivant lui, si la glycosurie paludique n'est le plus souvent qu'éphémère dans la fièvre tellurique à l'état aigu et suivant aussi les différents types qu'elle affecte, on peut dire, au contraire, que la glycosurie s'établit fixe et plus continue lorsque cette fièvre est en récidive et qu'elle passe à l'état chronique. C'est dans ces conditions qu'il a observé les plus fortes doses de sucre, et cette dose augmente d'autant plus à mesure que la cachexie se prononce et qu'à l'hypertrophie de la rate se joint l'hypertrophie du foie, ce qui est plus fréquent qu'on ne le pense. M. Burdel attribue les sphacèles, ulcères aux jambes et plaques noires qu'il a observés en Sologne chez les paludiques et qu'il rattachait autrefois à l'usage de seigle atteint d'ergot, il attribue ces lésions à l'état paludo-diabétique provenant de l'altération profonde du sang et des fonctions hépatiques, troublées elle-mêmes par le système nerveux de la vie organique.

Quant aux lésions traumatiques qui souvent, *très souvent*, réveillent ou aggravent les dia-

thèses, mais surtout les manifestations telluriques, les observations fourmillent sur ce point, et, dans un ouvrage qu'il prépare, M. Burdel en signale un grand nombre. Ces observations, M. Burdel ne les a pas faites seulement en Sologne, mais dans toutes les parties du Berry réputées les plus salubres et où cependant les affections telluriques abondent aussi.

Traumatisme accidentel ou chirurgical, quelle que soit même la cause de la phlegmasie dont se trouve frappé l'organisme, 80 fois sur 100, on voit le tellurisme ou impaludisme venir poser son cachet sur l'état morbide et l'aggraver : dans les calculs hépatiques, néphrétiques, vésicaux, concrétions bronchiques, et dans beaucoup d'autres lésions encore, M. Burdel a vu apparaître les manifestations telluriques avec la plus grande intensité et avec les types les plus divers et les plus accentués.

M. Le Roy de Méricourt a tenu à faire une enquête aussi sérieuse que possible, avant de prendre la parole sur la question que soulevait M. Verneuil, c'est-à-dire l'importance de l'impaludisme dans l'étiologie du diabète.

A première vue, il lui semblait fort peu probable que la cachexie palustre fût souvent la cause d'un vrai diabète. Ses souvenirs personnels lui semblaient contredire cette proposition; et cette impression qu'il a ressentie en écoutant M. Verneuil a été encore fortifiée par tous les documents qu'il a consultés.

Une distinction essentielte doit être établie avant tout, entre la simple glycosurie et le vrai diabète. La glycosurie simple, accidentelle, peut être déterminée par une foule de causes locales, physiologiques ou pathologiques, telles que la menstruation, la puerpéralité, l'allaitement, le régime féculent exclusif, les émotions vives, les refroidissements, l'alcoolisme, les fièvres catarrhales, éruptives, et enfin la fièvre intermittente.

Mais cette glycosurie est essentiellement passagère; elle disparaît, reparaît et cesse sous l'influence des causes les plus légères.

Très différent est le diabète vrai. Il constitue une maladie permanente et s'accompagne de tout un ensemble de symptômes véritablement caractéristiques, car, depuis longtemps déjà, on sait que la glycosurie passagère, celle qui peut passer inaperçue, qui ne présente aucun danger, peut résulter d'accès de fièvre paludéenne.

Mais en est-il de même du diabète proprement dit? Les faits rapportés par M. Verneuil ne le pronvent pas avec évidence. Quatre au moins de ces observations portent sur des cas de glycosurie accidentelle et passagère. Deux seulement permettent de croire à l'existence du diabète. Et encore est-il bien douteux que l'impaludisme soit pour quelque chose dans l'étiologie de cette maladie redoutable.

Dans les deux cas dont il s'agit, la date extrêmement éloignée des accès de fièvre intermittente, lorsque l'on constata du sucre dans les urines de l'un de ces malades, rend bien peu probable la supposition d'une relation de cause à effet.

Les médecins de la marine et des colonies qui exercent si fréquemment au milieu de contrées palustres ne signalent aucun fait de diabète, ni même de glycosurie, dû à l'empoisonnement tellurique.

On pourrait dire qu'ils ont parfois négligé l'analyse des urines; mais tel n'est pas toujours le cas. M. le docteur Grull, par exemple, médecin de 1re classe de la marine, a fait, pendant son séjour à la Guyane, plus de 500 examens d'urines de condamnés atteints de cachexie palustre, au point de vue de la présence du sucre, sans avoir pu y découvrir cette substance.

D'ailleurs sur les navires, dans les pays tropicaux, il serait vraiment bien difficile que le diabète passât inaperçu. La soif deviendrait insupportable pour les marins; ils se plaindraient de cette soif dévorante et de la perte de leurs forces. Or, rien de semblable n'est signalé dans les rapports des médecins de la marine, où tant de cas d'impaludisme sont mentionnés.

Dans le *Traité de pathologie géographique* de Hirsh, dans le *Traité de climalologie* de Lombard (de Genève), dans le *Traité des maladies de l'Inde* de Morehead, dans le *Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles* de Béranger-Féraud, etc., même silence sur les relations supposées entre l'impaludisme et la glycosurie.

La statistque médicale de la marine de guerre des Etats-Unis signale en 1875, pour un effectif de 10,141 hommes, un seul cas de diabète et 695 cas de fièvres intermittentes ou rémittentes.

En 1876, pour un effectif de 11,138 hommes, un cas de diabète et 529 cas de fièvres paludéennes.

En 1877, pour un effectif de 6,461 hommes, aucun cas de diabète, et 599 cas de fièvres intermittentes.

Dans la marine royale anglaise, en 1878, il n'y eut que quatre cas de diabète sur un effectif de 46,400 hommes.

A l'hôpital de la marine de Rochefort, en 1877, il n'y eut pas un seul cas de diabète et on a relevé 813 cas de fièvres intermittentes et 270 congés pour cause de cachexie palustre.

En 1878, un seul diabète pour 1,576 cas de fièvres intermittenles et 291 congés pour cachexie palnstre.

En 1879, pas de diabète, 742 cas de fièvre palustre, 144 congés pour cachexie tellurique.

En 1880, nn seul diabète pour 692 cas de fièvres intermittentes.

Les renseignements fournis par M. le docteur Maher, directeur du service de santé en retraite, à Rochefort, sont absolument concordant avec les résultats qui précèdent.

Ces documents conduisent M. Le Roy de Méricourt à remplacer les conclusions de M. Verneuil par les simples interrogations suivantes :

1° Dans quelle proportion la glycosurie passagère se montre-t-elle contemporaine des accès de fièvre intermittente?

2° Cette glycosurie fugace ne se montre-t-elle pas aussi fréquemment à l'occasion de tout frisson initial d'une maladie fébrile?

3° La glycosusie plus ou moins permanente que l'on constate chez les individus atteints de cachexie palustre amène-t-elle fréquemment le diabète vrai?

M. Jules Rochard dit qu'il ne saurait trop approuver M. Verneuil d'avoir porté à la tribune de l'Académie l'importante question de pathologie générale qui se discute en ce moment.

La communication de M. Verneuil comprend trois points principaux :

1° Le rappel des accès de fièvre intermittente sous l'influence d'un traumatisme quelconque est un fait commun, et qui s'observe fréquemment à la suite de blessures et d'opérations chirurgicales, si bien qe, dans ces cas, le chirurgien est parfois embarrassé pour discerner s'il s'agit d'un accès de fièvre paludique ou du frisson initial d'une infection purulente.

2° La coexistence du paludisme avec la glycosurie, celle-ci étant déterminée par celui-là, serait, suivant M. Verneuil, un fait assez fréquent.

M. Rochard se demande comment ce phénomène aurait pu échapper si longtemps à l'observation des médecins de l'armée et de la marine, qui ont si souvent l'occasion d'observer le paludisme. Bien qu'il n'y ait pas, dans la marine, de statistique officielle, il existe des statistiques particulières dressées par les médecins de la marine qui peuvent nous renseigner à cet égard. Or, dans ces statistiques, où sont notés de nombreux cas d'impaludisme, le diabète proprement dit ne figure que très rarement. La glycosurie a été observée dans les accès de fièvre intermittente, mais une glycosurie passagère, accidentelle, disparaissant avec la cause qui l'a produite. Il est possible, toutefois, que la répétition fréquente de la glycosurie passagère puisse finir par déterminer une glycosurie permanente ou le diabète, mais il faut reconnaître que, jusqu'à ce jour, les médecins de la marine, bien placés cependant pour faire une pareille observation, n'ont pas constaté de relation de cause à effet entre le diabète et l'impaludisme. Le degré de fréquence de la glycosurie chronique, dans l'intoxication tellurique, est donc une question qu'il faut mettre à l'étude.

M. Rochard, enfin, n'admet pas avec M. Verneuil que, dans les fièvres paludiques, l'hypertrophie du foie, du moins dans les pays tropicaux, soit plus fréquente que l'hypertrophie de la rate, et que celle-ci soit particulière aux fièvres palustres que l'on observe dans les pays du nord.

Dans les contrées franchement paludéennes où M. Rochard a eu l'occasion de séjourner, dans la Guyane, en Cochinchine, il a toujours vu l'hypertrophie de la rate se produire de très bonne heure et devenir considérable, souvent à l'exclusion de tout gonflement du foie. L'hypertrophie hépatique se manifeste principalement dans les pays où en même temps que l'endémie palustre règne l'endémie dysentérique, la dysentérie étant la cause habituelle des maladies du foie. Le gonflement de la rate est donc, dans les pays chauds à constitution paludéenne, beaucoup plus fréquent que celui du foie.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats au titre de membre correspondant.

## FORMULAIRE

### Suppositoires d'ergotine. — Liebrecht.

| | |
|---|---|
| Ergotine dialysée . . . . . . . . . . . de | 0 gr 25 à 0 gr 50 centigr. |
| Beurre de cacao . . . . . . . . . . . . . . | 1 gr 50 centigr. |
| Vaseline . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 0 gr 30 centigr. |

F. s. a. un suppositoire. Le docteur Liebrecht (de Liège) a repris la pratique conseillée par le docteur Robert Bell (de Glascow) et qui consiste à employer l'ergotine sous forme de suppositoires. L'absorption se fait très rapidement; l'action est énergique et l'emploi ne provoque

aucune douleur. Avec des doses moindres que celles auxquelles on a recours pour les injections hypodermiques, on obtient des effets au moins équivalents, sinon supérieurs. On applique en moyenne trois suppositoires par semaine, avec des interruptions. — Les affections utérines contre lesquelles l'auteur préconise les injections et les suppositoires d'ergotine, sont : les fibroïdes, les ménorrhagies, les métrorrhagies de l'accouchement, de la ménopause et celles dues à la présence de tumeurs, enfin la métrite et l'endométrite chroniques. — Quant à l'injection hypodermique, le docteur Liebrecht la pratique exclusivement avec l'ergotine dialysée, employée pure à la dose de un tiers de seringue de Pravaz, à une seringue entière. — L'ergotine dyalisée se conserve très bien. — N. G.

---

Les épidémies. — Une dépêche datée de Saint-Louis, 23 novembre, est ainsi conçue :

Épidémie complétement terminée. Dernier cas date du 6 novembre. A Gorée, Dakkar, Rufisque, l'état sanitaire est excellent. Les brises du nord règnent franchement et la température est favorable.

Une dépêche de Constantinople annonce qu'il n'y a eu qu'un seul décès par choléra à la Mecque le 19 novembre, un seul également le 20.

Une nouvelle plus grave arrive d'Erzeroum. La peste aurait fait son apparition dans un village des environs de cette ville.

La fièvre jaune. — M. le ministre du commerce et des colonies a reçu la dépêche suivante de M. le gouverneur du Sénégal :

L'état sanitaire s'est un peu amélioré depuis quinze jours; mais nous avons encore eu deux décès de fièvre jaune, à Saint-Louis, le 17 et le 19 novembre : un mécanicien civil et un soldat d'infanterie.

Gorée a eu aussi deux décès de fièvre jaune, le 21 et le 25 novembre : M. Carpentin, médecin principal, et M. Barrer, commis négociant.

Dakkar est en libre pratique depuis le 8 novembre, et Rufisque est resté indemne. Il serait prudent de ne pas envoyer de personnel par le paquebot partant de Bordeaux le 5 décembre.

Le *Tarn* est arrivé hier soir; je vous le renverrai le plus vite possible; mais la barre est tellement mauvaise que je n'ai pas encore pu communiquer avec ce transport.

Concours de l'internat. — A la suite de la première épreuve ont été reconnus admissibles les candidats dont les noms suivent ;

MM. Ambresin, Aron, Ayrolles, Barbier, Barbilliou, Barral, Basset, Baudoin, Belin (Ed-Victor), Belin (J.-Dominique), Bernard, Berthod, Bettremieux, Beurnier, Bidault, Blanc, Bonfils, Boquin, Bottey, Bottez, Boucher, Bouchut, Bourdel, Boursier, Bouttier, Braine, Broca, Brodeur, Brossard, Brunou, Bucquet, Budov, Buret, Carron, Cayla, Chambellan, Champeil, Chatellier, Chochon-Latouche, Chopard, Clado, Collet, Condoléon, Costches, Coulon, Courbatieu, Coustade (Antoine), Crespin, Dalché, Daugé, Dagot, Debrigode, Delotte, Demars, Deschamps, Didion, Dieudonné, Doyen (Émile), Doyen (Louis), Dubief, Duchon-Doris, Duflocq-Dumoret, Durand-Fardel, Dutertre, Feulard, Filibilin, Florand, Fournier, Fremont, Gaucherand, Gille de la Tourette, Gillet, Gylly, Goix, Gomat, Gontierre-Cachera, Graverry, Guerrier, Hallé, Hamonic, Hartman, Jacquelot, Jordet, Jausehne, Jacqs, Jouliard, Ladvoitte, Lallemant, Lancry, Largeau, Legendre (Paul-Ernest), Legendre (Paul-Louis), Lepage, Levier, Lormond, Lubet-Barbon, Malibren, Mencet, Marciguez, Marfau, Ménétrier, Mérigot de Joigny, Monnier, Morel-Lavallée, Morin (Georges), Namu, Néhel, Notta, Peltier, Peraire, Pérrin, Phocas, Pignol, Poupinel, Poupon, Proust, Pruche, Queyrat, Rambaud, Ranquedol, Renault, Ressein, Reverchon, Réviliod, Ribail, Ribeton, Rivet, Roger, Solat, Schachmann, Secheyron, Toinet, Toupet, Turquet, Vallin, Vigneron et Wins.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 10 décembre 1881, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, 3 (local de la Société de chirurgie).

*Ordre du jour :* 1° Élections annuelles pour le renouvellement du bureau pour 1882. — 2° Rapport de M. Abadie sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le docteur Fauquez. — 3° Communication d'un cas d'othématome chez un enfant syphilitique par M. Thorens. — 4° Rapport de M. Gillebert Dhercourt père sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Guiraud (de Nice). — 5° Vote sur la candidature au titre de membre correspondant étranger de M. le docteur de Watteville (de Londres).

*Erratum.* — Dans notre dernier numéro, page 931, une erreur s'est glissée dans la citation latine qui termine l'article de M. Auguste Ollivier sur le *Traité d'hygiène* de M. Bouchardat. Au lieu de : *Sta sensim...*, il faut lire : *Ita sensim.*

---

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE CHEZ LES PHTHISIQUES;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 novembre 1881,

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ,

Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Messieurs,

Dans la dernière séance, notre collègue, M. Debove, nous a fait connaître les applications qu'il a faites de l'alimentation forcée à la cure des phthisiques (1); je viens à mon tour vous exposer les résultats que j'ai obtenus avec cette nouvelle méthode, et comme mon manuel opératoire diffère un peu de celui de M. Debove, je veux tout d'abord vous exposer le procédé que j'emploie en pareil cas.

Je me sers du tube de Faucher, et comme ce tube doit livrer passage à un mélange alimentaire d'une consistance assez épaisse, il faut qu'il ait des dimensions suffisantes, un centimètre au moins de diamètre. Pour reconnaître la profondeur à laquelle le tube doit être enfoncé, j'ai substitué à la marque en couleur précédemment placée sur le tube de Faucher et qui s'effaçait avec une grande facilité, un bourrelet saillant en caoutchouc qui permet de reconnaître, même au toucher, cette marque, ce qui est fort commode lorsque le malade pratique lui-même le lavage de l'estomac.

Pour l'introduction du tube en caoutchouc, j'ai repoussé l'emploi de tout corps gras, glycérine, vaseline, etc., et il me suffit de le tremper soit dans de l'eau tiède, soit dans du lait, puis en présentant ce tube à la base de la langue, je fais déglu-

(1) Plusieurs de nos confrères et collègues, et en particulier MM. Mesnet et Brochin, ont fait de nombreuses critiques au titre d'*alimentation forcée* adoptée par M. Debove et au mot *gavage* que j'ai proposé; ils ont soutenu que le mot alimentation forcée s'appliquait aux aliénés et non aux phthisiques qui acceptent cette méthode, et que le mot *gavage* n'était pas français et ne se trouvait ni dans le Dictionnaire de l'Académie ni dans celui de Littré; ils ont proposé le mot d'*alimentation artificielle*, expression qui s'applique beaucoup mieux à la méthode de M. Debove, puisque c'est par un *artifice* qu'il nourrit ses malades. Je crois ces réflexions fort justes, et je pense que désormais on doit donner le nom d'alimentation *artificielle* au procédé de notre collègue.

---

# FEUILLETON

## CAUSERIES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JULES BÉCLARD,

Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Monsieur et très honoré doyen,

Vous êtes un savant, vous êtes un lettré, vous êtes un vulgarisateur, c'est-à-dire professeur suivi et populaire; votre bel ouvrage de physiologie est devenu classique et ses éditions se succèdent avec une rapidité vraiment glorieuse; vos discours académiques sont acclamés, car, qui pourrait mieux que vous occuper le fauteuil de secrétaire perpétuel de notre Académie de médecine. De plus, la Faculté vient de vous donner l'honorable mission de la représenter dans le Conseil supérieur de l'instruction publique. A tous ces avantages, unissez-vous celui d'administrateur, nécessaire, dit-on, au professeur investi du décanat de la Faculté? Je l'ignore et ne veux pas m'en enquérir. Avec vos aptitudes et votre puissance d'assimilation, vous auriez bientôt acquis ce qui pourrait vous faire défaut de ce côté, si tant est qu'il vous manquât quelque chose.

Non, ce n'est pas sur le côté administratif et paperassier des fonctions nouvelles qui viennent de vous être octroyées que je désire appeler votre bienveillante attention. Ces humbles lignes, veuillez-bien le croire, très honoré doyen, sont écrites sans aucune intention de cri-

tir le malade et je l'introduis par des poussées successives combinées avec des mouvements de déglutition dans la cavité stomacale. Jusqu'ici je suis toujours arrivé dès la première séance à pratiquer ce cathétérisme auquel d'ailleurs les malades s'habituent assez facilement pour qu'au bout de trois ou quatre séances ils déglutissent eux-mêmes le tube Faucher.

Je reconnais toutefois que, dans les cas d'ulcérations de l'épiglotte et de l'orifice laryngé, la pénétration devient difficile et fort douloureuse; mon collègue, le docteur Gouguenheim m'avait déjà signalé ce fait, et quoique j'aie alimenté des malades porteurs d'ulcérations laryngées, j'avoue que, quand ces ulcérations ont détruit en partie l'épiglotte la difficulté de l'introduction du tube mou de Faucher devient excessive. Dans ces cas, on pourrait, peut-être, avec plus d'avantages se servir du cathéter rigide qu'emploie M. Debove, qui dégaînant pour ainsi dire son appareil dans l'isthme du gosier de ses malades fait pénétrer d'un seul coup le tube mou dans l'estomac pendant qu'il retire le cathéter. On pourrait aussi essayer de se servir du procédé employé chez les aliénés, c'est-à-dire de faire pénétrer le tube par l'une des narines.

Une fois le tube placé dans l'estomac, deux circonstances peuvent se produire, ou bien le malade a un estomac très contractile, ou bien l'estomac est légèrement dilaté et tolérant; dans le premier cas, je pratique immédiatement le gavage; dans le second cas, je fais un lavage préliminaire, soit avec une dissolution de bicarbonate de soude (4 gr. par litre), soit avec une solution de sulfate de soude (6 gr. par litre). Je préfère cette dernière solution à la première, comme nettoyant mieux la muqueuse stomacale. Puis j'introduis le mélange alimentaire.

Ce mélange est des plus variables; ordinairement je délaye dans quatre œufs, jaune et blanc compris, de 100 à 150 grammes de viande crue et même râpée, puis j'ajoute une quantité suffisante de lait tiède, pour donner à l'ensemble une consistance liquide, et j'ajoute de 20 à 30 grammes de chlorure de sodium.

Ce mélange passe très facilement à travers le tube élastique, et je termine par l'introduction d'un demi-litre de lait. Le plus ordinairement, je complète ce mélange par l'adjonction de quatre à cinq cuillerées de peptones.

Chez les malades qui ont la diarrhée, j'introduis du sous-nitrate de bismuth, et, dans les cas où le phthisique supporte l'huile de foie de morue, j'en introduis alors une quantité assez considérable (de 100 à 150 gr.), et voici alors comment je procède dans ce cas : déglutition au tube, lavage de l'estomac, introduction succes-

---

tique ou de malveillance. Je me suis fait du décanat un idéal dont je n'aspire pas à voir la réalisation, et j'ai une trop longue expérience de la vie pour croire que les idées, que l'on suppose les meilleures, vont immédiatement trouver des adhérents et des propagateurs.

Mettez donc sur le compte de l'idéal, ou même de la fantaisie, ce que je vais avoir l'honneur de vous dire.

Ce n'est pas sur le personnel du décanat de la Faculté parisienne que mon idéal peut s'exercer. Depuis 1830, cette fonction a été remplie par une succession d'illustrations, nécessaire d'ailleurs à cette situation, et, depuis Orfila jusqu'à vous, la haute position de nos doyens a jeté un vif rayonnement sur notre Faculté, et ce rayonnement n'est pas près de s'éteindre avec vous.

Donc mon idéal le voici :

Le doyen de la Faculté est à la fois, pour moi,

Le chef de la confrérie,
Le père des élèves,
Et le conseil des familles.

Le chef de la confrérie, et, à ce titre, il protège les droits et il veille sur les devoirs des confrères de sa circonscription. C'est lui qui dénonce aux magistrats les abus, les infractions, les illégalités dont la profession est victime. Investi de tous les pouvoirs qu'accorde à la Faculté la déclaration d'utilité publique et à son doyen la reconnaissance de personne civile, il intervient dans les poursuites dirigées contre l'exercice illégal de la médecine, et demande les dommages-intérêts au profit de la confrérie.

Il rappelle à la pratique des devoirs professionnels les confrères qui s'en écartent, et si, après avertissements préalables, les manquements n'ont pas cessé, il a le droit et le devoir,

sive de 150 gr. d'huile de foie de morue, puis de 100 gr. de peptones, ensuite introduction du mélange alimentaire, et enfin une certaine quantité de lait.

Je ne fais ce gavage qu'une fois par jour; je reconnais cependant qu'il y aurait tout avantage à le renouveler matin et soir.

Examinons maintenant les résultats obtenus :

Les malades que j'ai choisis pour expérimenter la méthode du docteur Debove étaient tous porteurs de lésions pulmonaires avancées, et ils avaient tous des cavernes plus ou moins étendues; tous avaient perdu l'appétit, tous présentaient une profonde anorexie et vomissaient sous l'influence du moindre effort de toux. Il n'y avait qu'une seule exception parmi ces malades : c'était une femme ayant conservé l'appétit et présentant une forme rapide de la tuberculisation. Cette malade, il faut le dire, n'a tiré aucun avantage de l'alimentation forcée, et au bout de dix jours d'expérience, comme elle perdait constamment de son poids, et que la fièvre et les frissons augmentaient, nous avons cessé chez elle l'expérimentation. Depuis, cette malade a succombé.

Chez les autres malades, au contraire, nous avons obtenu les bénéfices suivants . d'abord les aliments introduits artificiellement n'ont jamais été vomis, ils ont toujours été bien digérés, et la diarrhée n'est apparue que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque, par exemple, on élevait trop la dose d'huile de foie de morue. L'appétit a reparu, et, le soir, les malades demandent à manger et même, au milieu de la nuit, ils réclament de la nourriture.

Quant au poids, il a augmenté d'une façon notable dans les premiers jours de l'expérience; depuis, il reste stationnaire; mais, à cet égard, il est très important de noter qu'un phthisique abandonné à lui-même perd incessamment de son poids, et que, par cela même, lorsque nous pouvons chez lui, sans augmentation du poids, garder celui qu'il avait au début de l'expérience, nous avons cependant obtenu chez lui un effet favorable. Les pesées comparatives que j'ai faites entre les phthisiques gavés et non gavés sont, à cet égard, des plus confirmatives.

L'état général de ces malades est devenu meilleur; ils se sentent plus forts; les phthisiques qui ne pouvaient quitter leur lit se promènent sans fatigue pendant une heure ou deux; leur sommeil est plus calme et plus profond, les sueurs moins profuses, les retours de fièvre sont moins fréquents. Quant à la toux et à l'expectoration, elles paraissent peu modifiées; il en est de même des lésions pulmonaires dans lesquelles je n'ai remarqué aucune modification; d'ailleurs, l'expérience est

---

après avis de la Faculté réunie à cet effet, de signaler le délinquant, par la voie de la presse, à la confrérie et au public.

Il a la mission, plus agréable, de faire connaître les belles actions des confrères, de signaler à la reconnaissance publique leur courage et leur dévouement ; d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur les travaux, les recherches des membres de la confrérie et sur les progrès qu'ils ont fait faire à la science et à la pratique.

Le doyen de la Faculté est aussi le père de ses élèves. Cependant aujourd'hui, au mois où

De la dépouille de nos bois
L'automne va joncher la terre,

un jeune étudiant se présente à la Faculté. On lui demande : Jeune étudiant, où vas-tu?

Que peut-il répondre aujourd'hui :

« Je vais à la caisse payer mes cinquante francs, prix de ma première inscription. »

Eh bien! dans mon idéal, les choses ne se passeraient pas de cette façon froide et triste. Mon doyen à moi se souvient que ce jeune élève, le visage encore humide des baisers de sa mère et de sa sœur, vient de quitter une famille aimée, et qu'il se trouve seul, dans cette immense ville, en proie à la mélancolie de l'isolement et presque de la nostalgie. Outre celui qui vous adresse ces lignes, très honoré doyen, combien en ai-je connu d'élèves qui ont éprouvé les mêmes impressions et qui se rattachaient avec empressement et souvent imprudemment aux moindres témoignages d'intérêt et de sympathie. Permettez-moi de vous raconter, à cette occasion, une petite anecdote qui me paraît être en situation.

Dans les premiers jours de novembre de l'une des dernières années de la Restauration, un

trop récente pour que nous ayons, à ce point de vue, un résultat quelconque. Notons que cette amélioration a été obtenue avec les conditions déplorables d'hygiène dans lesquelles nous nous trouvons placés dans les hôpitaux, c'est-à-dire dans cet air *ruminé*, comme l'a dit Peter, dans lequel vivent ces malades.

Ces résultats sont fort encourageants et quoique, vu la courte période qui s'est écoulée depuis le début des expérience jusqu'à ce moment, nous ne puissions pas fixer d'une façon précise les indications et contre-indications de la méthode du docteur Debove, il nous est cependant possible d'apprécier à sa juste valeur cette pratique.

L'alimentation artificielle appliquée à la cure de la phthisie pulmonaire sera toujours une méthode exceptionnelle et ne pourra s'adresser qu'à un nombre limité de malades. Ce sont ceux qui auront de la dyspepsie ou bien des vomissements ou bien encore de l'anorexie qui profiteront le plus de cette méthode. En un mot, ce sont les phthisiques qui ne mangent pas ou qui ne s'alimentent pas qui peuvent être soignés par l'alimentation artificielle. Considérée à ce point de vue de la nutrition, la méthode du docteur Debove est des plus physiologiques et des plus rationnelles. En effet, lorsqu'on embrasse d'un coup d'œil général la pathogénie de la tuberculose, on voit qu'il existe deux causes dominantes de cette affection, l'hérédité d'une part, la déchéance de l'organisme de l'autre. L'alimentation artificielle s'adressera exclusivement à cette seconde cause, et, en relevant la nutrition du malade, elle devient un puissant agent thérapeutique de la phthisie pulmonaire.

## THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

### DE LA SCLÉROTOMIE (1),

Par le docteur A. Dehenne, professeur libre d'ophthalmologie.

Une fois en possession de la sclérotomie, on songea immédiatement à l'appliquer au traitement du glaucôme hémorrhagique. De nombreuses définitions ont été données du glaucôme hémorrhagique : généralement on désigne sous ce nom une variété des affections glaucomateuses caractérisée spécialement par l'apparition d'hémorrhagies dans l'épaisseur de la rétine et dans les milieux de l'œil par l'arté-

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 décembre.

jeune étudiant en médecine, venant d'arriver à Paris, allait s'asseoir, jour de la saint Charles, — fête du roi Charles X, — sur un banc de la terrasse du bord de l'eau du jardin des Tuileries. La soirée était triste, froide, pluvieuse. Un feu d'artifice devait être tiré sur le pont de la Concorde, et le jeune étudiant attendait le signal qui devait partir du balcon du palais. Soit influence du temps, soit cette impression d'isolement au milieu de la foule, soit souvenir et regret de quelque personne aimée laissée au pays natal, ce jeune homme, à qui rien de semblable n'était jamais arrivé, éprouva un véritable accès de chagrin avec explosion de larmes, et puis il se sentit si faible qu'il demanda l'assistance d'une personne assise sur le même banc et qui put le reconduire à sa demeure. Une obligeante personne, dame ou demoiselle, s'offrit avec empressement, mais se paya largement de son bon office, car notre pauvre étudiant, en rentrant à son hôtel, trouva ses poches vides de son porte-monnaie renfermant de jolis petits louis, dernier présent de sa chère mère.

Pendant tout le premier mois scolaire, mon doyen réunirait le soir les élèves dans le grand amphithéâtre, et soit par lui-même, soit par ses collègues ou les agrégés, leur ferait des conférences sur la méthodologie, sur les cours qu'ils doivent suivre, les livres qu'ils doivent lire, les études auxquelles ils doivent se livrer. On leur donnerait aussi d'utiles conseils sur l'hygiène qu'ils doivent suivre. Habitat, alimentation et le reste.

Tous les mois mon doyen donnerait, dans ses appartements, une soirée à laquelle seraient invités, avec les professeurs et les agrégés, les élèves que ses collègues lui auraient signalés comme travail et bonne tenue. Ces rapprochements ne peuvent que former des liens de respect et de sympathie entre les maîtres et les disciples.

Mon doyen est aussi le conseil des familles.

Tous les ans, il publie un rapport dans lequel il indique le mouvement scolaire et la statis-

rio-sclérose avec anévrysmes miliaires des ramifications de l'artère centrale de cette membrane (Galezowski). Les hémorrhagies peuvent précéder ou suivre l'attaque glaucomateuse; quelquefois même l'irruption sanguine ne se fait qu'au moment de l'intervention opératoire. Rien ne pouvait faire prévoir cette complication si terrible dans ses effets. Le diagnostic de cette forme est donc dans certains cas bien difficile. Néanmoins lorsque l'on se trouve en présence d'un œil dur avec rétrécissement du champ visuel nasal et petites hémorrhagies disséminées sur la rétine, on a beaucoup de chances de ne pas se tromper en affirmant l'existence d'un glaucôme à tendance hémorrhagique. L'excavation de la papille, en général, est moins marquée dans cette forme de glaucôme, souvent elle est si peu marquée qu'elle peut passer complétement inaperçue; il y a des cas toutefois où elle est parfaitement caractéristique. Il en est de même pour le rétrécissement du champ visuel nasal qui, d'après certains auteurs, échapperait aussi à l'observation. D'une façon générale, le diagnostic est embarrassant; si l'on pratique une iridectomie dans un de ces cas à forme hémorrhagique probable, on court beaucoup de risques de voir l'œil se perdre, car infailliblement l'opération sera suivie d'une hémorrhagie profuse qui détruit l'organe. Aussi a-t-on entre les mains avec la sclérotomie une opération bien supérieure à l'iridectomie, puisque pratiquée avec soin elle évite ces ruptures vasculaires qui ne laissent souvent après elles comme seule ressource que l'énucléation de l'œil.

Parmi les affections dans lesquelles la sclérotomie semble rendre un grand service, tout au moins en calmant les effets nuisibles de l'augmentation de pression intra-oculaire et en permettant d'attendre le moment propice d'une intervention plus complète, il ne faut pas oublier de citer les glaucômes secondaires. J'ai pu récemment recueillir six observations où la sclérotomie s'est montrée tout à fait efficace. Dans quatre cas, j'ai eu affaire à des staphylomes cicatriciels de la cornée plus ou moins anciens et qui, depuis quelque temps, s'étaient accompagnés de phénomènes glaucomateux. Chez tous les malades, les douleurs étaient très violentes, le globe oculaire avait acquis une dureté considérable; la vision chez les uns était perdue et chez les autres menaçait de s'éteindre dans un avenir peu éloigné. Une iridectomie, dans tous ces cas, paraissait absolument indiquée; je me contentai de faire d'abord une sclérotomie pour calmer les accidents glaucomateux, me réservant de pratiquer plus tard une iridectomie, ce que je fis, du reste, avec succès chez les malades qui avaient encore conservé quelque perception lumineuse. Dans tous les cas, la sclérotomie calma presque immédiatement les douleurs, rendit au globe de

---

tique du corps médical. Le recrutement professionnel est-il stationnaire, rétrograde-t-il, est-il en progrès? Le nombre des médecins est-il suffisant? Leur répartition ne laisse-t-elle pas à désirer? N'y en a-t-il pas trop ici, pas assez là? Les familles doivent-elles encourager leurs enfants à entrer dans la carrière médicale? doivent-elles les en éloigner?

Mon doyen, enfin, réunit tous les ans les jeunes gens qui vont ou qui viennent de passer leur thèse doctorale pour leur donner quelques leçons de déontologie médicale, leur signaler les dangers qui les attendent, les pièges qu'ils doivent éviter, et il termine en leur donnant le précieux conseil de se faire immédiatement recevoir dans l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Il est encore bien d'autres services que mon doyen pourrait rendre à la confrérie, aux élèves et aux familles. Mais il faut suivre le conseil de Voltaire : « Faire court et ne pas épuiser le sujet ». Vous remarquerez, très honoré doyen, que j'ai gardé le plus complet silence sur le rôle que mon doyen pourrait remplir auprès des professeurs ses collègues, des agrégés et des chargés de cours. Pourquoi? Parce que, ayant à leur tête un doyen tel que celui que je viens de vous dépeindre, le bon exemple étant contagieux, ils donneraient tous l'exemple du zèle, de l'exactitude, du dévouement, et qu'au lieu d'avoir à leur infliger blâme ou critique, il n'aurait qu'à leur adresser éloges et remerciements.

Heureux doyen!

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré doyen, l'hommage de ma respectueuse considération.

D^r Simplice.

l'œil sa consistance normale et permit d'attendre le moment où l'on pourrait sans danger d'hémorrhagie ou de réaction trop violente pratiquer une brèche à l'iris.

Une autre fois les accidents glaucomateux avaient compliqué un pannus granuleux très étendu. Tout en continuant le traitement des granulations, je pratiquai une sclérotomie qui calma les douleurs et rendit en peu de temps à la cornée une transparence qu'elle avait perdue depuis longtemps. J'ai déjà parlé, du reste, de l'action merveilleuse qu'un traumatisme quelconque exerce sur les opacités de la cornée, que ce traumatisme soit une iridectomie, une sclérotomie, une ténotomie, une canthoplastie, etc. (Du traumatisme comme traitement du pannus, *Gazette d'ophth.*, 1879.)

Un cas d'irido-choroïdite séreuse avec excès de tension fut de même enrayé par la sclérotomie, mais un des cas les plus remarquables, que j'ai eu récemment l'occasion d'observer, est un glaucome secondaire aigu presque foudroyant consécutif à une luxation traumatique d'un cristallin cataracté. En deux mots, voici l'observation :

Mme Marguerite Simon vint à ma clinique au mois de février dernier. Elle était atteinte d'une cataracte complète de l'œil droit avec excellente perception lumineuse. L'œil gauche avait été opéré avec succès l'année précédente dans un des hôpitaux de Paris. La malade, voyant bien de l'œil gauche, retarda sur mon conseil l'opération de l'œil droit, lorsque le mois dernier je la vis revenir, mais dans une situation toute différente de celle qu'elle avait lors de sa première visite. Depuis huit jours, l'œil droit était devenu fort douloureux, il était dur, les veines ciliaires étaient engorgées, la cornée légèrement ternie, l'iris tremblant. Dans le champ pupillaire, on n'apercevait plus que les débris de la capsule cristallinienne; le fond de l'œil était inéclairable. Le diagnostic était facile : *glaucome secondaire consécutif à une luxation du cristallin cataracté.* En interrogeant attentivement la malade, j'appris que la douleur vive qu'elle avait ressentie avait immédiatement suivi un coup violent qu'elle s'était donné à la tempe droite.

L'énucléation immédiate était, à mon avis, un moyen peut-être hâtif; du reste, la malade s'y opposait. Les tentatives d'extraction du cristallin luxé me paraissaient difficiles sinon impossibles, d'autant plus qu'on ne pouvait se rendre compte de la position de ce cristallin. Il fallait au plus vite calmer les douleurs. Une sclérotomie fut immédiament pratiquée; depuis ce jour, la malade n'a plus souffert un seul instant; l'œil a repris sa consistance normale et la cornée sa transparence. Les débris de la capsule et les troubles du corps vitré empêchent encore d'éclairer le fond de l'œil, mais l'absence totale de perception lumineuse permet d'affirmer que la compression énorme subie par le nerf optique et la rétine en a pour jamais détruit la fonction. Tout nous porte à croire que le cristallin peut se résorber et mettre ainsi cette malade à l'abri des accidents sympathiques. La sclérotomie, opération bien simple et non dangereuse, a donc remplacé jusqu'à nouvel ordre l'énucléation, opération redoutée par le malade, et l'extraction du cristallin cataracté, opération difficile et dangereuse. Il est plus que certain que, si la sclérotomie avait été pratiquée immédiatement après le traumatisme, elle aurait conservé intactes toutes les fonctions de l'organe.

Les partisans de la sclérotomie recommandent encore cette opération dans les formes d'hydrophthalmie congénitale avec élévation de tension où, par suite de la déformation de la région ciliaire, l'excision de l'iris peut être suivie de rupture de la zonule, luxation du cristallin, issue du corps vitré, etc..... Je l'ai pratiquée une seule fois dans un cas analogue, et je n'ai qu'à me féliciter des résultats.

Il est des cas de glaucomes aigus ou chroniques inflammatoires dans lesquels, deux ou trois ans après une iridectomie bien faite, il se fait une nouvelle poussée ; la sclérotomie remet immédiatement les choses dans l'ordre et a sur l'iridectomie cet avantage incontestable de pouvoir être répétée un grand nombre de fois sans danger pour l'œil. La plupart des ophthalmologistes l'acceptent aujourd'hui d'une façon générale, et ne pratiquent plus l'iridectomie que pour les cas de glaucomes aigus ou chroniques inflammatoires. Tous, ou presque tous, sont d'accord pour en vanter les bons effets dans les cas de glaucomes chroniques simples. Quelques-uns font une objection à la sclérotomie, c'est le prolapsus de l'iris. Si l'on a bien soin d'instiller de l'ésérine avant et après l'opération, de pratiquer bien nette-

ment la ponction et la contre-ponction, cet accident peut être considéré comme absolument exceptionnel. Pour ma part, je ne l'ai pas rencontré *une seule fois*.

Au Congrès de Londres, on a agité la question de durée d'action de la sclérotomie; les différents orateurs ont été d'accord pour admettre qu'en l'état actuel des choses, des travaux ultérieurs peuvent seuls fournir la démonstration demandée. Aussi, en présence des bons effets obtenus jusqu'à présent par la sclérotomie, doit-on engager tous ceux qui pratiquent cette opératiou à publier leurs observations, seul moyen de faire de bonnes statistiques, et surtout de ne pas hésiter à publier les cas malheureux.

Celui de tous les procédés de sclérotomie qui nous paraît le plus efficace, le plus facile à exécuter et en même temps le moins dangereux, est le suivant : Après avoir instillé quelques gouttes d'ésérine, l'écarteur étant placé et l'œil solidement fixé, à l'aide d'un couteau de Græfe je fais une ponction dans la sclérotique à 1 millimètre 1/2 du bord de la cornée ; je pousse tout doucement mon couteau dans la chambre antérieure en me maintenant bien au devant de l'iris, et je fais ma contre-ponction en un point diamétralement opposé à celui d'entrée. Le couteau de Græfe ainsi placé dans l'œil forme la corde d'un arc dont la flèche serait de 2 millimètres 1/2. Par de petits mouvements de scie, on donne aux ouvertures d'entrée et de sortie une hauteur de 2 millimètres. On retire alors tout doucement le couteau sans faire de mouvement brusque, de façon à ne pas entraîner l'iris entre les lèvres de la plaie scléroticale. On instille alors quelques gouttes d'ésérine; on applique sur l'œil un lint boraté trempé dans une solution d'acide phénique au 1/200. Le pansement, dès le lendemain, devient inutile, la chambre antérieure s'est reformée, et le malade peut, dans la huitaine, reprendre ses occupations tout en prenant la précaution de continuer pendant quelques jours les instillations d'ésérine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

## BIBLIOTHÈQUE

**DICTIONNAIRE DE BOTANIQUE**, par M. H. BAILLON, avec la collaboration de MM. J. DE SEYNES, J. DE LANESSAN, E. MUSSAT, W. NYLANDER, E. TISON, E. FOURNIER, J. POISSON, L. SOUBEIRAN, H. BOCQUILLON, G. DUTAILLY, E. BUREAU, CH. MANOURY, H.-A. WEDDELL B. DE MONTGAZON, etc. — Dessins de FAGUET. — Quatorzième fascicule. — Quatrième du deuxième volume. — De COSSIGNIEÆ à CYCLOLOBIUM. Paris, librairie Hachette.

Cette quatorzième livraison, remarquable comme les précédentes par ses excellents dessins, nous donne des noms qui intéressent le corps médical : Le COUSSO ou KOUSSO avec son inflorescence; le CRAN OU RAIFORT SAUVAGE (*cochlearia rusticana*) présenté au lecteur par une image vraie et admirablement tracée; — le CRESSON, et, à côté du nom, le port et la fleur du *cresson du Para* : « C'est du nom vulgaire de cette plante qu'a été tiré celui d'un médicament célèbre au commencement de ce siècle comme dentifrice, le *Paraguay-Roux;* — Le CROCUS accompagné de deux dessins, le bulbe entier et sa coupe longitudinale, et d'une représentation très délicate du *crocus sativus* qui nous fournit le safran, port et coupe longitudinale offrant les détails intérieurs de la plante; — le CROTON TIGLIUM avec les images très fines et très naturelles d'un rameau florifère et fructifère, de la fleur mâle et de la fleur femelle, dont une coupe longitudinale dévoile la structure intime, du fruit et de la graine ; — le CUBÈBE (*Piper cubeba* ou *Cubeba officinalis*), dont on ne peut contester l'intérêt médical, et dont l'article nous apprend que souvent dans le commerce, qui est loin d'être toujours honnête, on mélange avec les grains du *Piper cubeba* ceux du *Piper caninum*, qui sont moins actifs; etc., etc.

On peut rapprocher de ces plantes les noms de sujets non moins intéressants pour l'homme de science et pour l'amateur, par exemple le COTONNIER. Des dessins d'une grande finesse et d'une grande verité nous font voir, l'arbre, le bouton, la fleur, le fruit fermé, le fruit déhiscent et livrant son coton, le gynécée, la graine et sa coupe longitudinale, les étamines et la coupe transversale de l'ovaire. La figure qui représente le fruit déhiscent est surtout très remarquable.

Le mot CRYPTOGAMES est éclairé par une collection nombreuse de dessins représentant, pour le premier grand sous-embranchement des Acotylédones, les *algues*, les *champignons*,

les *lichens*, les *hépatiques*, les *mousses*, les *characées*; et, pour le second, les *équisétacées*, les *lycopodiacées*, les *fougères*, les *rhizocarpées*. C'est, en réalité, un abrégé ou plutôt un extrait d'un véritable herbier restreint à un département spécial de la botanique, que le lecteur a sous les yeux.

Au mot CUPRESSUS, un délicieux paysage représentant un cimetière est destiné à faire connaître le port du *cyprès* arrivé à son entier développement, et qui constitue alors un très bel arbre.

La livraison qui nous occupe renferme aussi des articles d'anatomie et de physiologie végétales, des articles de discussion, descriptifs, etc. : COTYLÉDON, FLEURS A COURONNE, CRISTALLOIDES, CRISTAUX, CUTICULE, etc. On ne peut laisser passer l'article CURARE sans le signaler. « Après avoir cru longtemps que les propriétés toxiques ou *curarisantes* de cette substance étaient dues à des poisons animaux introduits dans le mélange et empruntés à des reptiles, on a acquis la conviction que les qualités curarisantes dépendent uniquement de végétaux du genre *strychnos*. Les espèces de *strychnos* employées varient ordinairement d'une peuplade à l'autre; mais celle qui, sur la plus grande étendue du pays, sert à préparer le curare, est le *strychnos Castelnœana*..... On ajoute encore à ces *strychnos* de nombreuses plantes, variables suivant les tribus, qui modifient plus ou moins l'action des *strychnos* et dont il est à désirer que l'on supprime l'emploi dans la préparation du curare destiné aux usages physiologiques et thérapeutiques, pour ne plus utiliser qu'un extrait pur de *strychnos*, principalement du *strychnos Castelnœana.* »

Les noms des hommes dont les travaux ont contribué à créer la botanique ne sont point oubliés : COSSIGNY DE PALMA, qui a travaillé pendant une partie de sa vie à l'amélioration des colonies françaises dans les Indes orientales. — COSTA, né dans une colonie d'Afrique, qui s'est rendu célèbre par ses travaux et ses aventures parmi les nations sauvages. — COSTE, auteur d'un *Essai botanique, chimique et pharmaceutique sur les plantes indigènes.* — COSTEO, professeur à Turin et à Bologne à la fin du XVI^e^ siècle. — COTTA, qui a publié des *Recherches sur le mouvement et le rôle de la sève dans les végétaux.* — COTTA, religieux de l'Oratoire, qui a fait paraître des *Leçons élémentaires d'histoire naturelle,* puis un *Manuel d'histoire naturelle, ou tableaux systématiques des trois règnes...., avec une table combinée des plantes et des insectes qui en tirent leur nourriture,* et qui, en citant Linnée, l'appelle M. de Von-Linnée! — COURTOIS, mort à 29 ans, après des travaux intéressants, laissant une *Bibliographie générale de botanique.* — CRANTZ, professeur à l'École de médecine de Vienne, exilé par l'impératrice Marie-Thérèse. Pourquoi? — Les deux frères CROUAN, de Brest, à qui on doit les *Algues du Finistère* en trois volumes. — CUBIÈRES, dont on a plusieurs mémoires sur les arbres de l'Amérique du Nord et qui avait formé de belles collections d'histoire naturelle. — Hugh CUMING, l'explorateur des îles Philippines. — Les trois CUNNINGHAM. — CUPANI, moine de l'ordre de Saint-François d'Assise. — Les deux CURTIS. — CUSSON, de Montpellier, envoyé par B. de Jussieu en Espagne, d'où il rapporta une collection.

La livraison dont je viens de donner un court aperçu contient, dans 79 pages grand in-4°, sur deux larges colonnes, plus de 15,000 mots ou articles. Le papier est toujours beau, l'impression excellente, les figures remarquablement soignées. L'ouvrage complet formera une véritable encyclopédie botanique. Dès à présent, il fait le plus grand honneur aux savants qui réunissent leurs connaissances spéciales pour le créer, et à la maison célèbre qui l'édite. Ce sera un magnifique et utile ornement de bibliothèque. — G. R.

—

**DICTIONNAIRE DE CHIMIE PURE ET APPLIQUÉE**, par Ad. WURTZ. — Supplément, 4^e^ fascicule, de CHRISTIANITE à DICRÉSYLMÉTHANE. — Paris, librairie Hachette.

Nous sommes à une époque où l'on s'efforce de rassembler toutes les notions acquises sur les diverses branches des connaissances humaines, de manière à créer autant d'encyclopédies. C'est comme un inventaire général à la fin du XIX^e^ siècle. Mais la chimie, dont le stock était déjà si considérable qu'il a fourni les matériaux du magnifique dictionnaire que notre illustre confrère, M. Wurtz, vient de publier avec la collaboration des savants les plus distingués, la chimie, disons-nous, marche si vite, qu'il a fallu courir après elle à toute vapeur; et cette poursuite a pour résultat un *supplément* non moins important que le *dictionnaire* qu'il a pour mission de compléter.

Nous trouvons dans le quatrième fascicule que nous avons sous les yeux des articles d'un grand intérêt, dont nous ne saurions trop recommander la lecture : CHROME, CINCHONINE, CITRATES, ACIDE CITRIQUE, CORALLINE, COTOÏNE (principe contenu dans l'écorce de *coto*, originaire de Bolivie et prise dans l'origine pour une variété de quinquina), CRÉOSOTE, CUIVRE, CYANURES, CYSTINE (ce composé remarquable et à peine connu constitue la substance de certains calculs extrêmement rares de la vessie ou du rein chez l'homme), DENSITÉ (avec d'excel-

lents dessins destinés à mettre en lumière la description des procédés densimétriques modernes), CORPS DIAZOÏQUES, etc., etc.

Une pareille publication, qui ne peut être jugée que dans une vue d'ensemble quand elle sera terminée, ne s'analyse point. On l'annonce avec empressement comme une des meilleures créations de l'époque, et en faisant des vœux pour qu'elle se répande dans l'intérêt de la science.

A cette lecture, on ne peut s'empêcher de faire une remarque singulière. Le langage de la chimie tend à devenir presque impossible. Jugez-en : « ..... Ainsi, on pourrait prévoir une isomérie entre l'acide *diazobenzolamidobenzoïque* (25 lettres) formé par l'action du nitrate de *diazobenzo* sur l'acide *amidobenzoïque*, et l'acide *diazobenzoïque-amidobenzol* formé par l'action de l'acide *diazobenzoïque* sur l'aniline..... La réaction de l'aniline sur le *diazoamidoparatoluol*, donne lieu à la formation de l'*amidobenzol-paratoluol* avec élimination de *paratoluidine*..... » Espérons que la chimie arrivera par une puissante synthèse, à simplifier les noms de ses produits sans nuire à leur interprétation, de manière qu'on puisse facilement les écrire et les prononcer.

Cette quatrième livraison renferme plusieurs figures très belles. G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

En raison de son importance, nous croyons devoir mettre sous les yeux du lecteur les principaux passages du texte même de la communication de M. de Quatrefages relatif à l'homme fossile. On remarquera la date de la découverte et l'on se demandera comment elle a pu reste ignorée si longtemps. Dans l'ordre des sciences philosophiques ces accidents ou ces hasards n'arrivent qu'à une seule sorte de documents. Voici comment s'est exprimé M. de Quatrefages :

« Le travail dont je donne ici un résumé a paru dans les actes du Congrès anthropologique de Moscou, 1879. Depuis cette époque, une lettre de M. Lacerda m'a appris la mort de Lund, qui a succombé cette année même après de longues souffrances. Il était au Brésil depuis 1834, et a par conséquent consacré près de quarante-huit ans à étudier la faune fossile de cette région.

On sait que le docteur Lund a été le premier à faire connaître un nombre considérable d'espèces et de genres nouveaux de mammifères fossiles du Brésil. A ce titre, il a déjà une place à part dans l'histoire de la Paléontologie. Mais ce qui est bien moins connu, c'est qu'il a trouvé et décrit des ossements humains contemporains de ceux des espèces mammalogiques éteintes; c'est-à-dire qu'il a découvert l'homme fossile américain. Ce fait résulte d'une lettre à Rafn, datée de Lagoa-Santa le 28 mars 1844. Insérée l'année suivante dans les Mémoires de la Société royale des antiquaires du Nord, cette lettre avait été si bien oubliée qu'elle avait échappé même à l'érudition si connue de notre confrère M. d'Archiac. J'en donne une analyse détaillée dans mon mémoire. En la remettant en lumière, en montrant combien étaient motivées les conclusions de l'auteur, je suis heureux de contribuer à faire rendre au savant danois une justice tardive.

Plusieurs crânes humains avaient été retirés par Lund de la caverne du Semidouro, près de Lagoa-Santa, province de Minas-Geraës. La plupart furent envoyés à Copenhague, où ils sont encore. Ils n'ont pas été décrits. Un seul était resté au Brésil. MM. les docteurs Lacerda fils et Peixoto en ont fait le sujet d'un mémoire fort intéressant. Ils ont comparé la tête recueillie par Lund à celles de quelques Botocudos et ont montré qu'il y a de grands rapports morphologiques entre le crâne de Lagoa-Santa, regardé par eux seulement comme très ancien, et les crânes contemporains. Ils ont conclu de cette ressemblance que les Botocudos résultent du croisement de la race de Lagoa-Santa avec quelque autre élément ethnologique. Je n'ai eu qu'à confirmer cette conclusion.

Grâce aux héliogravures qui accompagnent le travail des savants américains, j'ai pu comparer l'homme de Lagoa-Santa à nos hommes fossiles européens et constater entre eux des différences sensibles.

On trouvera dans le mémoire lui-même les détails de cette étude. Je me borne à reproduire ici les conclusions qui en ressortent.

1° Au Brésil comme en Europe l'homme a vécu en même temps que diverses espèces de mammifères qui manquent à la faune de l'époque géologique actuelle.

2° L'homme fossile brésilien, découvert par Lund dans les cavernes de Lagoa-Santa, existait à coup sûr à l'époque du renne; mais, selon M. Gaudry, il manquait peut-être à l'époque du mammouth.

3° L'homme fossile de Lagoa-Santa se distingue de tous les hommes fossiles d'Europe par plusieurs caractères, dont le plus frappant est la réunion de la dolichocéphalie et de l'hypsisténocéphalie.

4° Au Brésil comme en Europe, l'homme fossile a laissé des descendants qui ont contribué à former les populations actuelles.

5° MM. Lacerda et Peixoto ont eu raison de regarder la race botocudo comme résultant du mélange du type de Lagoa-Santa avec d'autres éléments ethnologiques.

6° Le nombre et la nature de ces éléments restent à déterminer, mais l'un d'eux au moins était brachycéphale.

7° Le type fossile de Lagoa-Santa entre aussi pour une part dans la composition des populations ando-péruviennes, et se retrouve plus ou moins accusé jusque sur le littoral du Pacifique.

8° Au Pérou et en Bolivie, l'élément ethnique de Lagoa-Santa accuse parfois sa présence d'une manière aussi nette qu'au Brésil.

9° Toutefois cet élément paraît avoir exercé une action moins générale au Pérou qu'au Brésil.

10° Le même élément ethnologique se retrouve, selon toute apparence, ailleurs qu'au Pérou et au Brésil. »

M. Wikelsheim adresse un travail sur le traitement préservatif de la diphthérie. (Renvoyé à l'Académie de médecine.)

Un autre correspondant croit avoir trouvé le moyen de transformer le son en lumière. Son mémoire n'est renvoyé à aucune commission.

M. Boiteau adresse une note sur la biologie du phylloxera.

M. le secrétaire de la Société royale de Londres écrit à M. Dumas que, dans sa dernière séance, la Société a décerné la grande médaille d'honneur à M. Wurtz, président de l'Académie des sciences, pour ses travaux chimiques. M. Wurtz se lève et dit que si quelque chose pouvait augmenter le prix de la distinction dont il est l'objet, ce serait que la nouvelle en eût été transmise à l'Académie par la voix si autorisée de son illustre secrétaire perpétuel.

M. Flammarion, par l'intermédiaire de M. Bertrand, fait hommage à l'Académie d'un beau volume illustré intitulé : *Les Étoiles*.

M. Stanislas Meunier fait également hommage d'un beau volume (dont je rendrai compte prochainement aux lecteurs de ce journal) et qui est intitulé : *Excursions géologiques*.

M. Weiss met sous les yeux de l'Académie divers échantillons de galvanoplastie.

M. Alph. Milne-Edwards donne lecture de la relation des sondages opérés à bord du navire le *Travailleur* dans l'Atlantique.

M. Frémy lit un mémoire intitulé : *Études chimiques sur les squelettes des végétaux*, et montre à ses collègues de très beaux échantillons de cellulose, de paracellulose, de vasculose, de lutose, obtenus à l'aide des procédés dont il se sert. Il termine sa lecture par ce mot spirituel : « Ce n'est peut-être pas de la chimie à la mode, mais c'est de la chimie comme il en faut faire au Jardin des Plantes. » — M. L.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Addition à la séance du 6 décembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

M. Noël Gueneau de Mussy offre, en son propre nom, une brochure intitulée : *La laiterie hygiénique d'Alesbury, à Londres.*

Dans ces derniers temps, une observation attentive a prouvé que ce liquide si bienfaisant pouvait servir de véhicule à des principes morbifiques; il semble offrir un milieu trop favorable à certains germes infectieux et spécialement à celui de la fièvre typhoïde.

En 1873, une épidémie grave de fièvre dothinentérique éclatait soudainement dans le quartier de Saint-Georges, Hanover-square, Marylebone, un des plus salubres de Londres, et par une sorte de provocation insultante pour notre profession, attaquait de nombreux membres de la famille médicale. L'illustre Murchison eut la douleur d'y perdre un de ses enfants. Cependant, après en avoir inutilement cherché la cause dans les conditions qu'on rend habituellement responsables du développement de cette maladie, on s'aperçut que toutes les maisons infectées recevaient leur lait d'une laiterie renommée pour l'excellence de ses produits, et qui s'intitulait : *The Reform Dairy*, parce qu'elle s'efforce de fournir à ses pratiques du lait non adultéré.

L'enquête fut faite et le *Medical Health Officer* fit un rapport qui absolvait complètement l'établissement mis en suspicion. Mais ni les conclusions en apparence si péremptoires de ce rapport, ni les menaces d'un procès en diffamation adressées par les propriétaires de cette

laiterie a Murchison, à Hart et à ceux de leurs confrères qui les soutenaient, n'ébranlèrent les convictions et n'arrêtèrent les protestations de ces médecins; ils obtinrent, par leurs réclamations énergiques, une contre-enquête sur la cause présumée de cette épidémie qui, dans un espace assez restreint, avait frappé plus de trois cents personnes.

Un sous-inspecteur envoyé à la ferme de la *Reform Dairy* confirma sur tous les points le rapport du premier, et pour montrer sa confiance dans l'innocuité du lait de cette ferme, il en but un grand verre.

Malheureusement, douze ou quinze jours après, il était atteint de fièvre typhoïde et succombait le dix-huitième jour de la maladie, fournissant ainsi une démonstration expérimentale en sens inverse de celle qu'il avait visée.

La lumière était faite, il fallut se rendre à l'évidence. La distribution de ce lait fut interdite provisoirement, et, en procédant à de nouvelles informations, on constata que le puits qui fournissait de l'eau pour laver les pots à lait était contaminé par des infiltrations de matières fécales, qu'il communiquait à travers le sol avec le réservoir des vidanges, et qu'il y avait dans la ferme un malade atteint de fièvre typhoïde dont les déjections, par conséquent, souillaient l'eau de ce puits.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Périchondrite et chondrite du larynx; nécrose du cartilage cricoïde; mort subite; autopsie*, par M. le docteur E. Lux, médecin-major de 2e classe. — Le nommé B..., soldat du 1er régiment de dragons, est atteint en 1879, à la suite d'une blennorrhagie, de poussées éruptives sur la peau dont la nature ne fut pas déterminée, mais qui cependant étaient probablement syphilitiques. Quelques mois après, il présentait une angine tonsillaire pour laquelle, le 15 février 1880, il entra à l'infirmerie régimentaire. Il éprouvait de la dysphagie, un sentiment de suffocation et de constriction dans la région sous-hyoïdienne. Les amygdales, le pharynx, étaient rouges, et il existait une ulcération grisâtre sur le côté externe du pilier antérieur gauche du voile du palais. La voix était cornée et l'état général mauvais. On institue le traitement mercuriel, et le malade entre à l'hôpital, dans le service des vénériens. Mais les accidents persistent, le bruit de cornage s'accentue; les accès d'orthopnée deviennent plus graves; cependant la déglutition était moins pénible. Le 14 mars, le malade succombe dans un accès de suffocation complète.

A l'autopsie, on constate une seconde ulcération du pilier du voile du palais, distincte de celle qui avait été reconnue pendant la vie. Il existe d'autres ulcérations et des granulations sur la muqueuse des cartilages du larynx et, de plus, de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques; le cartilage cricoïde est dénudé; sa partie moyenne et postérieure est détruite, ce qui lui donne la forme d'un croissant. Enfin, un abcès rétro-pharyngien a décollé la muqueuse pharyngienne jusqu'au niveau du cinquième ou sixième anneau de la trachée.

La périchondrite laryngée syphilitique est rare, car Turk (de Vienne) n'en signale que deux cas et le diagnostic en est difficile. La mort, dans le cas actuel, paraît avoir été le résultat d'un spasme laryngé plutôt que d'une obstruction de la glotte par œdème collatéral. La nature syphilitique de l'affection a paru vraisemblable aux divers médecins qui ont été appelés à donner des soins à ce malade, malgré l'absence, cependant, de renseignements certains sur les accidents primitifs. (*Recueil de mém. de méd. et de chirurgie militaire*, p. 411, juillet et août 1881. — Ch. E.

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE LA CIRRHOSE CARDIAQUE. — DUJARDIN-BEAUMETZ.

Chez les personnes atteintes d'affections mitrales, le foie devient le siège d'une congestion passive; les matières colorantes de la bile s'accumulent dans le sang, les conjonctives prennent une teinte ictérique, et le pigment biliaire est constaté dans l'urine. Ces symptômes décrits sous le nom de cirrhose cardiaque, réclament une révulsion énergique, au moyen de larges vésicatoires camphrés, appliqués sur la région hépatique. — A l'intérieur, on prescrit les purgatifs salins, tels que l'eau de Pullna, de Birmenstorff, ou bien le calomel, qui agit directement sur l'organe malade. — S'il existe de la toux, on fait prendre de une à trois cuillerées à café d'hydrolat de laurier-cerise par jour, dans une à trois tasses de lait chaud et sucré.

N. G.

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine du 25 novembre au 1er décembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 948. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 10. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 54. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 11. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 4. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchites aiguës, 38. — Pneumonie, 52. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 49; au sein et mixte, 29; inconnu, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84; circulatoire, 59; respiratoire, 55; digestif, 38; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 2. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 48e semaine. — Les influences favorables de cette belle saison continuent à se faire sentir : la plupart des maladies causes de mort sont en baisse, en conséquence les 1,022 décès de la semaine précédente sont remplacés par 948 en celle-ci, chiffre très bas pour une semaine de décembre.

La Diphthérie qui avait très peu diminué est, avec l'Érysipèle, les seules affections épidémiques dont les décès aient quelque peu augmenté (Diphthérie 54 au lieu de 48, Érysipèle 11 au lieu de 5),

Au point de vue des âges, il y a ceci de remarquable que tons ont bénéficié de cette atténuation de la mortalité, sauf la première année de la vie (180 décès de 0 à 1 an, au lieu de 159), sans doute parce que cette douce température si favorable aux grands organisme l'est aussi aux petits, et par suite aux fermentations qui altèrent si facilement les aliments propres au premier âge. Aussi est-ce exclusivement sur les petits enfants athrepsiques nourris au biberon que porte cette aggravation, faible d'ailleurs (49 au lieu de 43 et de 30 dans les semaines précédentes). Si on recherche quelle est la distribution de ces décès par Athrepsie, on constate que ce sont presque exclusivement les arrondissements besoigneux, tels que le XVIIIe (surtout par son quartier *Clignancourt*), le XIXe, le XXe, et encore le Xe et le XIe, qui ont été frappés. Ces faits, que nous pourrions constater chaque semaine, nous semblent indiquer que s'il importe de préserver les nouveau-nés des effets des intempéries, ce que comprennent d'ailleurs toutes les mères et nourrices, il n'est pas moins utile de préserver leur alimentation des faciles fermentations qui s'y développent pendant les douces températures; et c'est là un savoir beaucoup moins répandu.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## COURRIER

Académie française. — Hier à midi et demi, l'Académie française a procédé à l'élection de trois successeurs de MM. Duvergier de Hauranne, Littré et Dufaure. La lutte a été très vive et très longue. Il a fallu trois tours de scrutin pour faire M. Sully-Prudhomme académicien, et six pour conférer ce titre à M. Cherbuliez. Seul, M. Pasteur est arrivé au premier tour, avec 20 voix sur 33 votants. Une tradition très défendable veut que quelques sièges soient réservés par la compagnie à des hommes qui ne sont pas « gens de lettres » de profession. L'Académie, a donc bien fait de choisir M. Pasteur pour occuper le fauteuil de Littré.

Distinction honorifique. — Le ministre de la marine, par une décision en date du 3 décembre 1881, a décerné une médaille d'honneur de première classe à M. le docteur Chassaniol, second médecin en chef de la marine, en retraite, qui, malgré son grand âge (soixante-quinze ans), n'a pas hésité à se rendre au Sénégal, où, pendant toute la durée de l'épidémie, il a prodigué gratuitement ses soins aux malades atteints de la fièvre jaune.

Conseil général de la Seine. — Le conseil général de la Seine vient d'émettre les vœux suivants : 1° Création à la Morgue, à partir du 1er juillet 1882, de deux emplois de médecins inspecteurs-adjoints; 2° établissement d'un service médical dans les écoles et dans les salles d'asile.

Il a émis aussi le vœu qu'une inspection spéciale de la dentition soit faite dans les écoles.

Enfin, deux sommes ont été également votées, l'une de 6,700 francs pour l'entretien d'élèves sages-femmes à l'École d'accouchement; l'autre de 1,500 francs pour prix à leur décerner en 1882.

*Le gérant* Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881 (1),

Par M. Ernest BESNIER.

### V. — FIÈVRE TYPHOÏDE

#### 1° Statistique de la ville.

L'épidémie typhoïde de 1881 prend place, après l'épidémie de 1876, au nombre des plus graves qui aient été observées à Paris; malgré cette extrême intensité, elle n'en à pas moins subi, selon la règle, l'abaissement saisonnier normal du printemps. Avec l'été, la maladie a repris non moins régulièrement sa marche ascensionnelle, donnant pour les trois mois de juillet, d'août et de septembre, 435 décès, c'est-à-dire un chiffre de 25 pour 100 supérieur à la moyenne calculée pour la période correspondante des neuf années précédentes, laquelle est de 322 décès.

| Fièvre typhoïde A PARIS — Mortalité comparée du 3e trim., de 1872 à 1881. | ANNÉES | | | | | | | | | | TOTAUX Mensuels et trimestriels. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1872 | 1873 | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | 1879 | 1880 | 1881 | | |
| Juillet ............ | 57 | 44 | 96 | 77 | 84 | 77 | 67 | 81 | 100 | 116 | 799 | 3423 |
| Août.............. | 99 | 90 | 103 | 54 | 306 | 121 | 102 | 94 | 126 | 191 | 1286 | |
| Septembre......... | 100 | 175 | 87 | 89 | 265 | 127 | 111 | 117 | 139 | 128 | 1338 | |
| Totaux...... | 256 | 309 | 286 | 220 | 655 | 325 | 280 | 292 | 365 | 435 | | |

Selon l'usage, les divers quartiers ont été très inégalement frappés, sans qu'on puisse trouver dans aucune des *conditions fixes* qui leur sont propres : population absolue ou spécifique, altitude, richesse ou indigence, etc., la raison de ces variations. Lorsqu'on a fait la correction nécessitée par la population variable de chaque arrondissement et que l'on a pu ainsi établir l'*échelle de mortalité* que ne donne en

| Fièvre typhoïde A PARIS — Troisième trimestre des Années 1881 et 1876. | 1 Louvre. | 2 Bourse. | 3 Temple. | 4 Hôtel-de-Ville. | 5 Panthéon. | 6 Luxembourg. | 7 Palais-Bourbon. | 8 Elysée. | 9 Opéra. | 10 Saint-Laurent. | 11 Popincourt. | 12 Reuilly. | 13 Gobelins. | 14 Observatoire. | 15 Vaugirard. | 16 Passy. | 17 Batignolles. | 18 Montmartre. | 19 Chaumont. | 20 Ménilmontant. | TOTAUX MENSUELS. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Troisième trimestre 1881. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Juillet...... | 2 | 4 | 4 | 6 | 1 | 2 | 6 | 5 | 3 | 9 | 9 | 7 | 3 | 3 | 3 | 11 | 7 | 14 | 5 | 12 | 116 |
| Août....... | 8 | 5 | 3 | 4 | 12 | 7 | 12 | 6 | 5 | 14 | 16 | 9 | 3 | 6 | 8 | 7 | 12 | 32 | 15 | 7 | 191 |
| Septembre.... | 1 | 4 | 1 | 4 | 8 | 5 | 8 | 3 | 0 | 9 | 11 | 11 | 5 | 4 | 9 | 4 | 5 | 18 | 5 | 7 | 128 |
| T. du 3e trim. 1881. | 11 | 13 | 8 | 14 | 21 | 14 | 26 | 14 | 14 | 32 | 36 | 27 | 11 | 13 | 20 | 22 | 24 | 64 | 25 | 26 | 435 |
| Troisième trimestre 1876. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Juillet...... | 4 | 5 | 2 | » | 5 | 2 | 7 | 5 | 3 | 7 | 10 | 8 | 5 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 | 3 | 2 | 84 |
| Août....... | 13 | 10 | 19 | 8 | 8 | 4 | 16 | 3 | 8 | 41 | 61 | 53 | 8 | 2 | 5 | 2 | 14 | 14 | 11 | 6 | 306 |
| Septembre.... | 6 | 16 | 11 | 18 | 24 | 8 | 18 | 4 | 9 | 29 | 29 | 24 | 2 | 5 | 6 | 7 | 15 | 21 | 4 | 9 | 265 |
| T. du 3e trim. 1876. | 23 | 31 | 32 | 26 | 37 | 14 | 41 | 12 | 20 | 77 | 100 | 85 | 15 | 9 | 14 | 11 | 34 | 39 | 18 | 17 | 655 |

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 27 novembre et 3 décembre.

aucune manière la série des chiffres de la mortalité absolue; lorsqu'on a fait, dis-je, cette correction, on arrive à en donner aisément la preuve ainsi que nous l'avons fait complètement pour l'épidémie de 1876. On voit, en outre, en étudiant comparativement les diverses épidémies, que de nombreuses différences s'établissent entre elles sous le rapport du développement des *foyers principaux* que l'on ne retrouvera pas, pour chacune d'elles dans les mêmes sections de la ville.

Le tableau ci-dessus, dans lequel j'ai dressé par arrondissement et par mois la statistique typhoïde comparée du troisième trimestre des années 1881 et 1876, permet de prendre aisément un aperçu de ces variations.

**2° Statistique des hôpitaux.**

Le tableau ci-dessous permet d'embrasser par une simple lecture les détails de la *morbidité* et de la *mortalité* de la fièvre typhoïde; on y remarquera surtout : l'excédant considérable de malades du sexe masculin; la progression, régulièrement croissante en été, de la morbidité; le paroxysme de mortalité au mois d'août; toutes choses régulières, normales, immuables.

L'excédant de la *morbidité* typhoïde propre au sexe masculin est un point que j'ai déjà antérieurement établi à propos de l'épidémie de 1876 à l'aide de documents précis, corrélativement à l'excès de *mortalité* propre, au contraire, au sexe féminin. Aussi ai-je pu exprimer l'influence réelle du sexe dans le développement de la fièvre typhoïde et de sa terminaison, en disant : La fièvre typhoïde atteint un nombre d'hommes notablement plus élevé que celui des femmes; elle frappe plus de garçons que de filles; mais la mortalité relative de la maladie étant plus élevée chez les femmes et chez les filles, le tribut mortuaire proprement dit reste sensiblement égal pour les deux sexes, ainsi que le montrent les statistiques qui ne donnent que la mortalité absolue.

Pour le troisième trimestre de 1871, l'écart, exceptionnellement exagéré, montre la prédominance de la maladie pour les hommes, et l'excès de mortalité chez les femmes, de la manière la plus manifeste; il y a 536 typhoïdiques hommes, contre 296 femmes, et 110 décès masculins, soit 20 pour 100, contre 90 décès féminins, 23 p. 100.

| Fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. Année 1881. — 3e trim. | MOUVEMENT (1) | | | | DÉCÈS | | | | TOTAUX | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Mensuels | | Trimestriels | | |
| Morbidité et mortalité, âge, sexe. | H. | F. | G. | F. | H. | F. | G. | F. | Mouv. | Décès | Mouv | Décès | Prop. p. 100 |
| Juillet | 144 | 84 | 10 | 16 | 32 | 16 | 2 | 5 | 254 | 55 | | | |
| Août | 158 | 97 | 21 | 15 | 35 | 32 | 5 | 4 | 291 | 73 | 942 | 201 | 21 |
| Septembre | 234 | 115 | 28 | 20 | 43 | 22 | 5 | 0 | 397 | 70 | | | |
| Totaux | 536 | 296 | 59 | 51 | 110 | 70 | 12 | 9 | | | | | |

(1) H. F. G. F. abrév. pour hommes, femmes, garçons, filles.

Je n'ai pas reçu, à mon grand regret, de documents suffisants pour vous entretenir d'une question pleine d'actualité à tous les points de vue, la *fièvre typhoïde dans l'armée.*

Le moment n'est-il pas opportun, cependant, pour livrer à la discussion publique ce sujet dont l'intérêt est aujourd'hui celui de chacun; je ne veux pas parler en ce moment de la fièvre typhoïde dans les armées en campagne, ni de l'effroyable mortalité que cette affection a causé et cause encore dans nos corps expéditionnaires d'Afrique. A la vérité, la Société s'honore de compter parmi ses membres les représentants de la médecine d'armée les plus autorisés à traiter en maîtres cette grande question. Mais je me garderai de leur faire appel sur ce point particulier; nos mœurs publiques ne sont pas encore arrivées à ce degré de sérénité indépen-

dante qui permette de traiter toutes les choses scientifiques d'une manière abstraite, et au-dessus de toute question de personne. Aussi me bornerai-je, sur ce point, à émettre le vœu qu'une histoire authentique de la fièvre typhoïde dans les armées d'Afrique soit publiée dans les délais les plus brefs, et permette à tous ceux qui peuvent apporter un avis utile pour l'avenir, de formuler cet avis en connaissance de cause.

Mais il est un autre point sur lequel je puis, j'aime à le supposer, faire appel à nos savants et chers collègues de l'armée, sans être indiscret et sans les exposer à aucune difficulté administrative, politique, ni hiérarchique, je veux parler de l'influence nosogénique et, en particulier, typhogénique des *servives de* **RÉSERVE** et des *manœuvres d'***AUTOMNE**. Nous manquons absolument sur ce point de documents précis. Est-il même, dans l'organisation actuelle, possible de se procurer ces documents? Nous l'ignorons absolument. La Société accueillerait avec empressement, de la part de nos collègues de l'armée, une communication assez précise pour fixer nos idées sur ce point, et elle leur en aurait une véritable reconnaissance.

Pour ma part je ne puis faire davantage aujourd'hui que de vous communiquer le seul renseignement intéressant qui me soit parvenu sur ce sujet, et qui est dû à notre savant collègue M. le professeur agrégé Kiéner. Après avoir signalé la prédominance de la fièvre typhoïde dans ses salles en septembre, M. Kiéner fait remarquer que les deux tiers des cas observés par lui étaient des cas graves, et que cette proportion, tout exceptionnelle, lui a paru dépendre de circonstances étiologiques spéciales. Il s'agissait, en effet, de soldats ayant pris part aux grandes manœuvres des environs de Chartres, éprouvés par les fatigues et ayant dû faire un long voyage soit dans les voitures d'ambulance, soit en chemin de fer. Une adynamie profonde était le caractère commun de tous ces cas.

En voilà plus qu'il n'en faut pour montrer l'intérêt qu'aurait l'étude que je réclame, et pour soulever un coin du voile qui nous dérobe ces choses qui ne sont plus aujourd'hui le seul intérêt d'une armée, mais l'intérêt de la nation entière. On peut, à la rigueur, admettre que les exigences d'une guerre effective ne permettent pas de donner à une agglomération d'hommes tous les soins nécessaires à la conservation de leur santé. Mais alors qu'il s'agit d'une guerre fictive et de manœuvres d'instruction sur le territoire faites par des soldats improvisés, n'est-il pas possible d'organiser les choses d'une manière moins funeste à la santé et à la vie de ces hommes? Voilà la question principale que je voulais poser; voilà le point sur lequel il me semblerait difficile de comprendre qu'un peu de lumière ne pût pas être faite dès à présent.

VAL-DE-GRACE. — M. Kiéner : « En septembre, la maladie dominante a été la fièvre typhoïde, puisque, dans un service comprenant en moyenne de 75 à 80 malades, j'ai eu à traiter, dans ce seul mois, 30 cas de fièvre typhoïde confirmée. Sur ce nombre, les deux tiers environ étaient des cas graves, proportion exceptionnelle qui m'a paru dépendre de circonstances étiologiques spéciales; il s'agissait, en effet, de soldats ayant pris part aux grandes manœuvres qui ont eu lieu aux environs de Chartres, éprouvés par les fatigues, et ayant dû faire un assez long voyage soit dans les voitures d'ambulance, soit en chemin de fer. Une adynamie profonde était le caractère commun de tous ces cas. J'ai noté chez deux malades une complication grave qui, dans un cas, a pu être enrayée, mais qui, dans un autre cas, entraînera probablement la mort. Il s'agit d'un phlegmon gangréneux, débutant à la fin du deuxième septénaire ou au commencement du troisième, à la partie proéminente de la fesse, et gagnant dans une marche rapidement envahissante la région sacrée. Cette gangrène, par l'époque de son apparition, par son caractère phlegmoneux, par son siège primitif dans une région qui ne supporte pas la pression du décubitus (le malade reposant sur un coussin annulaire en caoutchouc), par sa marche envahissante, m'a paru différer des eschares ordinaires par décubitus qu'on n'observe guère que dans le décours de la maladie, lorsque le sujet est déjà émacié et que les circulations locales sont ralenties; elle me paraît accuser un principe septique inhérent au poison morbide. Les malades étaient soumis au traitement par les bains froids, et je signale cette circonstance, parce que, dans un usage prolongé de cette médication, je n'ai, depuis plusieurs années, observé aucun cas d'eschare grave, et que j'attribuais, et j'attribue encore aux bains froids l'avantage de prévenir cette complication.

Parmi les autres complications de la fièvre typhoïde, j'ai encore observé deux cas de thrombose de la veine iliaque droite, survenus dans le décours de la fièvre, presque dans la convalescence, et ayant occasionné un retard notable de la guérison.

Un autre malade a présenté cette circonstance intéressante que sa fièvre typhoïde, parfaitement caractérisée (durée, trois semaines; stupeur et délire; taches rosées abondantes), est un cas très net de récidive à bref délai. Le sujet a été, en effet, traité dans le service, l'an dernier, au mois d'octobre, pour une fièvre typhoïde grave, avec complication de thrombose iliaque, qui a eu une longue durée et une longue convalescence ».

Hôpital Tenon. — M. Tenneson : « 19 cas, 2 décès; dans l'un des deux cas de mort, le malade, qui touchait à la convalescense, a été enlevé inopinément, en quelques heures par des accidents urémiques (convulsions, etc.)

Les rechutes sont actuellement fréquentes dans la fièvre typhoïde. Elles n'entrent pas comme unités dans notre statistique.

Beaucoup de fièvres typhoïdes d'intensité moyenne (40° le soir, 39° le matin; durée 4 septénaires) sont remarquables par l'absence de la plupart des symptômes de la maladie. »

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Archambault : « 19 cas généralement assez sérieux bien que nous n'ayions eu qu'un décès. Ce résultat tient probablement à ce que les manifestations pulmonaires ont été relativement modérées. Il serait d'ailleurs impossible de dire qu'il y ait eu prédominance d'une forme.

Notre traitement est toujours des plus simples : quelques purgatifs, des toniques, du sulfate de quinine, des bains si la fièvre est un peu intense, de la limonade vineuse, un peu de quinquina et une alimentation avec des potages clairs dès le début.

Hôpital Necker. — M. Albert Robin : « Pendant les mois d'août et de septembre, j'ai soigné à l'hôpital Necker 56 cas de fièvre typhoïde. Guérisons, 48 ; morts, 8. Soit 16,6 p. 100.

Les morts sont survenues dans les conditions suivantes : 1 tuberculose au troisième degré; 1 arthrite purulente généralisée; 2 formes adynamiques; 2 hémorrhagies intestinales; 2 broncho-pneumonies. Il faut évidemment retrancher à la statistique le cas de tuberculose pulmonaire, où le malade a succombé incontestablement à la lésion pulmonaire; la proportion réelle de mortalité est donc de 15,1 p. 100.

Comme complication, j'ai noté : 1° les hémorrhagies intestinales, 4 cas; 2° les hémorrhagies nasales abondantes, 2 cas; 3° les rash scarlatiniformes avec desquamation secondaire, 2 cas; 4° éruptions généralisées de sudamina énormes, si bien que j'ai pu recueillir de la sueur en les piquant, 3 cas; 5° pneumonie franche, 1 cas; 6° broncho-pneumonies, 4 cas; 7° phlegmatia alba dolens, 2 cas; 8° abcès sous-cutanés, 2 cas; 9° apoplexie pulmonaire, 1 cas; 10° vomissements répétés, 3 cas; 11° hématurie, 1 cas (forme rénale guérie); 12° deux cas de rechutes plus graves que la maladie primitive.

Enfin, sur ces 48 malades, je n'ai relevé que deux cas intérieurs : 1° fille de salle atteinte d'une fièvre légère; 2° malade entré trois semaines avant pour une insuffisance mitrale, pris de fièvre typhoïde tachetée ».

*(A suivre dans un prochain numéro.)*

---

# CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

**De l'hôpital de Lourcine.**

## DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1);

Deuxième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881,

Par M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Voici les observations des malades traitées par la solution de peptone mercurique ammonique glycérinée à la dose de une cuillerée à café par jour, représentant 5 milligrammes de sublimé :

Obs. I. — Augustine Ch..., 27 ans, chapelière. Entrée le 13 septembre 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 9. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents strumeux; pas d'arthritisme ni d'herpétisme. Syphilis remontant au mois de mai 1881. Soignée dans le service de M. le doc-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20, 22, 25, 30 octobre, 5, 8, 13 et 27 novembre.

teur Gouguenheim, salle Saint-Clément, pendant six semaines ; la malade prenait une cuillerée à bouche de liqueur de van Swieten. Elle est sortie guérie. Six mois après, apparition de syphilides sur les deux amygdales, ainsi que quelques-unes érosives à la vulve. Traitée de nouveau par la liqueur ; elle est sortie guérie six semaines après.

*État actuel :* Dans le pli gingivo-buccal gauche, syphilide ulcéreuse embrassant le bord libre de la langue. Syphilides érosives de la face interne de la joue gauche. Tuméfaction considérable de la région massetérine. Rien à la peau ; rien à la vulve. Vagin sain. Tous les matins, une cuillerée à café de la solution interne de peptone mercurique, représentant 0,05 de sublimé. Gargarisme au chlorate de potasse.

17 septembre. La syphilide ulcéreuse se déterge et se répare ; celles de la joue sont guéries.

26 septembre. *Exeat.* Complétement guérie. La malade n'a jamais ressenti aucune douleur stomacale. Pas de saveur métallique ; pas de salivation. La solution, loin d'être prise avec dégoût, est reçue avec plaisir par la malade. En tout, 13 cuillerées à café de peptone mercurique.

Obs. II. — Rose D..., 19 ans, couturière. Entrée le 20 septembre 1880, salle Saint-Alexis, lit n° 8. Quelques antécédents strumeux, gourme, adénites. Bonne santé. Syphilis il y a un an. (Liq. de van Swieten, caut. N. A.)

*État actuel :* Vitiligo du cou ; ganglions cervicaux postérieurs et épitrochléens engorgés. Hypertrophie amygdalienne. Syphilides érosives des deux commissures labiales du volume d'une pièce de 0,50 centimes. 1 cuillerée de la solution de peptone mercururique. Gargarisme au chlorate de potasse.

26. Même état.

8 octobre. Les syphilides ont disparu. Les adénites syphilitiques ont considérablement diminué de volume. — Total : 19 cuillerées à café. Pas de salivation ; pas de douleurs stomacales ; pas de dégoût ; pas de saveur métallique.

Obs. III. — Alexandrine B..., 25 ans, couturière. Entrée le 22 septembre, salle Saint-Louis, lit n° 33. Pas d'antécédents strumeux. Syphilis dont le début remonte à huit ans. Traitée par les pilules de Dupuytren et ensuite par l'iodure de potassium. Le traitement n'a jamais été régulier.

*État local :* La vulve est saine. A la pointe de la langue, deux petites syphilides érosives de petit volume. Métrite intense. Adéno-pelvi-péritonite adhésive du cul-de-sac postérieur. La malade est mise à une cuillerée à café de la solution de peptone mercurique.

Le 1er octobre, c'est-à-dire huit jours de traitement mercuriel, les syphilides linguales avaient disparu. La malade sort guérie. Jamais d'accidents. Total : 8 cuillerées.

Obs. IV. — Marie D..., âgée de 16 ans, sans profession. Entrée le 16 août 1881, salle Saint-Louis, lit n° 24. La malade, traitée par les injections et sortie guérie, a pris pendant trois semaines la solution interne à la dose de une, puis deux cuillerées à café.

*État local :* La langue est déchiquetée depuis quinze jours sur son bord droit. Syphilides buccales érosives, dont quelques-unes ulcéreuses. La langue est très tuméfiée. Polyadénite sous-maxillaire. Quelques syphilides papulo-squameuses du tronc. Solution de peptone mercurique à 5 millig. tous les matins. Gargarisme au chlorate de potasse.

27 août. Les syphilides linguales et buccales se réparent.

9 septembre. Les syphilides buccales sont presque complètement guéries. Rien à la peau.

26. *Exeat,* guérie. Aucune trace des syphilides. Total : 40 cuillerées à café. Jamais de salivation, ni de douleurs stomacales.

Obs. V. — Louise G..., 34 ans, domestique. Entrée le 16 août, salle Saint-Louis, lit n° 14. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents strumeux. Chancre infectant de l'urèthre et de la petite lèvre droite. Syphilides papulo-érosives du vagin et du col utérin ; fièvre syphilitique ; syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve.

17 août. La malade est mise au traitement par la peptone mercurique à la dose d'une cuillerée à café par jour.

2 septembre. Le chancre est presque réparé. Les syphilides ont disparu.

9. Le chancre est réparé. Vulve saine.

20. *Exeat,* guérie. 33 cuillerées à café. Jamais d'accident stomacal ou intestinal ; pas de salivation ; pas de dégoût ; pas de saveur métallique.

Obs. VI. — Clémence M..., salle Saint-Louis, lit n° 4. Syphilis remontant à huit mois. Traitée par la liqueur de van Swieten. Syphilides papulo-hypertrophiques à la base de la grande lèvre droite.

13 septembre. Une cuillerée de la solution de peptone mercurique.

23. Dix jours après, les syphilides ont disparu. *Exeat.* Pas de salivation, pas de nausées, pas de saveur métallique. 10 cuillerées.

Obs. VII. — Louise L..., 21 ans, couturière. Entrée le 17 juillet 1881, salle Saint-Alexis, lit n° 38. Nombreux antécédents strumeux. Syphilis remontant à deux ans, traitée à différentes reprises dans le service par la liqueur de van Swieten. La malade rentre pour une métrite avec adénolymphite double. On met la malade à la solution interne de peptone mercurique, une cuillerée à café tous les matins dans une tasse de lait.

La maladé sort le 27. Amélioration notable de la métrite. Pas de salivation ni de stomatite. La malade n'accuse pas de douleurs stomacales. La solution est prise avec plaisir.

Obs. VIII et IX. — Pulchérie D..., 20 ans, salle Saint-Alexis, lit n° 34. — Albertine A..., 20 ans, salle Saint-Alexis, lit n° 45.

Entrées le 2 août, pour syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve. Syphilide érythémateuse du tronc. Après quatre jours de traitement ces malades ont été à la salle Saint-Clément. État stationnaire : 8 cuillerées.

Obs. X. — Julie H..., 24 ans, salle Saint-Alexis, lit n° 37. Même état que les malades des obs. VIII et IX. Elle est rentrée à la salle Saint-Clément le 29 septembre, après deux jours de traitement : 2 cuillerées.

En ce moment, 11 malades sont traitées dans les salles pour syphilides vulvaires et cutanées par la solution interne de peptone mercurique.

Aucune de ces malades n'a présenté d'accidents soit du côté des gencives, soit du côté de l'estomac.

21 malades ont donc été soumises, tant à l'hôpital que dans ma clientèle, à la solution de peptone mercurique glycérinée, prise par la voie stomacale par cuillerée à café représentant 5 milligrammes de bichlorure d'hydrargyre. La dose a varié de une à deux cuillerées à café par jour. Le véhicule employé a été tantôt l'eau, tantôt le lait, liquides avec lesquels la solution se mélange très bien.

Des renseignements recueillis auprès de mes malades et des religieuses des salles Saint-Louis et Saint-Alexis, il résulte que les malades préfèrent cette solution à celle de van Swieten, préparée suivant la formule du Codex, ou celle de MM. Mialhe et Mauriac. Elles trouvent la saveur plus agréable, même sucrée, vu la glycérine qui entre dans sa composition ; elles n'éprouvent pas le dégoût qui survient alors que la liqueur de van Swieten est continuée pendant plusieurs jours, plusieurs semaines ; elles n'éprouvent pas les nausées, les vomissements qui accompagnent son administration ; elles n'ont pas enfin cette saveur métallique qui persiste pendant plusieurs heures après l'ingestion.

En outre, je n'ai observé sur aucun de mes malades les accidents gastro-intestinaux : chaleur, pincements, douleurs, éructations, diarrhée, qu'il est si fréquent d'observer lorsque le sublimé est administré soit en solution (liqueur de van Swieten), soit en pilules, pendant plusieurs jours. — De toutes ces remarques, il résulte que la peptone mercurique glycérinée, administrée par la voie stomacale, soit sous forme pilulaire, soit en solution, est préférable à toutes les autres préparations hydrargyriques, d'autant plus que le dosage du sel mercurique est parfait, que le médecin connaît exactement la quantité de sublimé que le malade prend et que, ne donnant lieu à aucun accident du côté des voies digestives, cette préparation peut être continuée pendant le temps nécessaire qu'exige le traitement de la syphilis. A tous ces avantages, j'ajoute qu'à la dose journalière de 10 milligrammes, je n'ai pas encore constaté d'accidents hydrargyriques, tels que salivation, stomatite mercurielle. L'absorption est pourtant des plus manifestes ainsi que le prouve la note suivante de mon interne en pharmacie, M. Ormezzano.

*Note de M. Ormezzano.*

« En opérant sur dix litres d'urine de malades traitées par la solution de peptone mercurique prise à l'intérieur, j'ai trouvé des traces de mercure. J'ai suivi le même mode opératoire précédemment décrit pour la recherche du mercure dans les urines

des malades soumises aux injections hypodermiques de peptone mercurique. Dans les deux cas, une partie du mercure se trouve donc éliminée par les urines. »

En terminant, je dirai, ce qui n'étonnera personne, que l'action de la peptone mercurique glycérinée, par la voie stomacale, n'est pas plus grande que les autres préparations hydrargyriques et qu'elle ne peut surtout être comparée à l'efficacité prompte et énergique des injections hypodermiques.

## BIBLIOTHÈQUE

### RHEUMATISM; ITS NATURE, ITS PATHOLOGIE AND ITS SUL TREATMENT,

Par le docteur MACLAGAN; 1881.

Le nombre des publications relatives à l'étude clinique du rhumatisme est certainement considérable. Un ouvrage nouveau sur le même sujet ne mérite donc l'attention qu'à la condition d'être original au point de vue de la pathogénie et au point de vue des conclusions thérapeutiques. Dans le livre actuel, la pathogénie du rhumatisme, et les diverses théories qui ont pour but d'expliquer son évolution, sont exposées et discutées avec détail ; et sous ce rapport la lecture de cet ouvrage présente un vif intérêt.

Mais, entre des discussions relatives à la théorie de l'acide lactique, de la théorie miasmatique ou de la théorie paludéenne du rhumatisme, théories qui, longtemps encore [seront le sujet de contestations, et les questions cliniques que soulève l'étude du rhumatisme, l'auteur n'a pas hésité de consacrer la plus grande partie de son œuvre à ces dernières ; les plus intéressantes pour les cliniciens.

A ce point de vue, il divise le rhumatisme en rhumatisme de l'appareil locomoteur et en rhumatisme de l'appareil *vasculo-moteur*. Le rhumatisme de l'appareil locomoteur se caractérise par des inflammations locales accompagnées de phénomènes fébriles, et localisées aux organes qui servent le plus activement aux mouvements ; par la tendance du poison rhumatismal à agir par attaques et à des âges déterminés ; par sa transmission héréditaire, par la présence dans le sang d'un excès de fibrine et d'acide lactique, par la production de sueurs profuses et par la forme ambulante de ses manifestations articulaires. Le rhumatisme de l'appareil vaso-moteur agit surtout, comme on le sait, en modifiant anatomiquement les fibres musculaires des parois du cœur, des orifices auriculo-ventriculaires et des artères, en altérant l'endocarde ; enfin, en produisant des lésion du péricarde. L'auteur compare la texture de ces parties, aux tissus qui entourent une articulation complète, en faisant toutefois une exception pour l'endocarde. Il est ainsi conduit à étudier les inflammations rhumatismales du cœur, qu'elles soient aiguës ou chroniques, celles des valvules et celles du péricarde. Il examine successivement les diverses médications qui ont été préconisées contre le rhumatisme. C'est ainsi qu'on a fait usage de la méthode antiphlogistique, quand on regardait le rhumatisme comme une maladie inflammatoire, de là l'emploi des émissions sanguines préconisées par Sydenham, Cullen, Heberden, Fowler, Latham, Bouillaud, des purgatifs et des diaphorétiques. Plus tard, Corrigon et Rousseau leur préférèrent l'opium, Garrod préconisa le colchique et les sels de potasse, tandis que d'autres médecins préféraient l'aconit, la vératrine, la digitale ou l'actæa racemosa, chaque clinicien se plaçant au point de vue de la théorie particulière à laquelle il s'était rallié.

Dès 1874, l'auteur employait l'acide salicylique et, dans la *Lancette* de 1876, publiait des faits favorables à l'emploi de cette médication. Quelque temps après, Stricker et Riess, en Allemagne, Brown, en Amérique, et enfin Germain Sée en France, faisaient connaître les heureux résultats de ce traitement dans les formes aiguës du rhumatisme. Malgré les succès obtenus, le docteur Maclagan fait remarquer que ce traitement a été l'objet d'un enthousiasme exagéré et qu'on ne doit pas, comme des médecins qui, en France, s'en sont faits les parrains, aller jusqu'à en faire un spécifique, comparable à la quinine dans l'impaludisme, ni même à l'ipécacuanha dans la dysenterie. Les statistiques publiées jusqu'à ce jour sont insuffisantes, et, de plus, n'établissent aucune distinction entre les cas dans lesquels cette médication est réellement utile et ceux dans lesquels elle est inefficace. C'est un point que l'auteur cherche à élucider avant de donner une explication de l'action des salicylates dans le rhumatisme. Enfin, ce sont là des chapitres intéressants ; les dernières pages de cet ouvrage sont consacrées à l'étude du rhumatisme cérébral, aux rapports du rhumatisme avec la chorée et à cette forme de l'affection rhumatismale qu'il désigne sous le nom d'hyperpyrexie rhumatismale, dans laquelle des symptômes nerveux se développent subitement dans le cours d'un rhumatisme à marche régulière et emportent le malade dans l'espace de quelques heures. La malignité de

ces accidents paraît être en rapport avec l'élévation de la température, comme l'établit l'auteur par ses recherches cliniques.

En résumé, le livre du docteur Maclagan est une histoire fidèle et presque complète des affections rhumatismales, au point de vue séméiologique et thérapeutique. Quelle que soit l'opinion du lecteur, sur la pathogénie du rhumatisme et sur les théories qui prétendent expliquer sa nature et son origine et en l'absence de résultats inédits, il n'en est pas moins certain que cette monographie possède une valeur clinique incontestable, et qu'il est regrettable pour nos compatriotes qu'il n'en existe pas une traduction française. — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 octobre 1881. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz, vice-président.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Mort de M. Puche. — Observation de *syphilis communiquée par des greffes dermo-épidermiques*, par M. le docteur Deubel; — de *mort subite dans le cas d'une affection du cœur restée absolument latente*, par M. le docteur Tuefferd. — Discussion du mémoire de M. Du Castel sur l'*ecthyma contagieux* observé par lui dans ses salles de l'hôpital Saint-Antoine: M. Vidal. — Note *sur le siège des bactéries dans la lèpre et sur les lésions des organes dans cette maladie*, par M. Cornil. — *Alimentation forcée chez les phthisiques*, par M. Debove. — M. Laure (de Lyon) est nommé membre correspondant.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le Président fait part à la Société de la perte qu'elle vient d'éprouver dans la personne de M. le docteur Puche, médecin honoraire de l'hôpital du Midi, membre honoraire de la Société médicale des hôpitaux.

Correspondance imprimée : *Union médicale de la Seine-Inféieure; Lyon médical; Journal de thérapeutique; Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, etc., etc.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. le docteur Gille, médecin de l'hospice de la Reconnaissance, sollicitant le titre de membre titulaire. (Renvoi au conseil de famille.)

—

M. Féréol communique, au nom de M. le docteur Deubel, l'observation suivante, intitulée : *Érysipèle gangréneux. Emploi des greffes épidermiques pour hâter la cicatrisation. Inoculation de la syphilis par l'intermédiaire des greffes.*

Un homme de 49 ans, n'ayant jamais eu d'affections vénériennes, était atteint, au commencement de janvier 1881, d'un érysipèle gangréneux ayant comme point de départ une ulcération superficielle siégeant sur des hémorrhoïdes. L'érysipèle envahit le tiers supérieur de la cuisse gauche et détruisit toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, en ne respectant que la partie postérieure du membre.

Le 7 mars, la cicatrisation n'apparaissait encore que sur la moitié externe de la plaie, en quelques points isolés; 45 greffes dermo-épidermiques, prises sur 5 personnes âgées de 20 à 40 ans, furent placées sur la moitié externe de la plaie bourgeonnante. La surface totale de la plaie était de 3 décimètres carrés environ. 33 greffes contractèrent adhérence.

Le 18 mars, 28 greffes, prises sur la muqueuse buccale d'un lapin, furent placées sur la moitié interne de la plaie. Le pansement fut levé après quarante-huit heures; les greffes avaient disparu par fonte cellulaire.

Le 23 mars, 40 greffes, prises sur 7 personnes de 12 à 54 ans, furent posées sur la moitié interne de la plaie. 30 greffes conservèrent leur vitalité.

Au commencement d'avril, la moitié externe de la plaie qui avait reçu les premières greffes était presque entièrement cicatrisée; ces greffes avaient fourni des surfaces cicatricielles de 15 à 18 millimètres de diamètre qui se confondaient ou arrivaient au contact. Sur la moitié interne de la plaie, les greffes et la cicatrice partant des bords se développaient avec rapidité, lorsque, le 5 avril, un mois après l'application des premières greffes, apparut, sur la moitié externe de la plaie (presque entièrement cicatrisée), une ulcération gris bleuâtre, creusée en forme de godet, de la dimension d'une pièce de un franc. Les jours suivants se produisirent de nouvelles ulcérations semblables à la première, et, dans l'espace de trois jours, la cicatrice fut complétement détruite par les ulcérations. Sur la moitié interne de la plaie, il ne survint aucune ulcération, mais la cicatrisation s'arrêta, les greffes pâlirent et tombèrent après une dizaine de jours.

Ma première pensée fut que j'avais communiqué la syphilis à mon malade par l'intermédiaire du sang d'un des sujets qui avaient fourni les greffes.

Cependant, le 9 avril, c'est-à-dire quatre jours après le début de ces ulcérations, la femme du malade était atteinte à la face d'un érysipèle qui envahit tout le corps, et auquel elle succomba le quinzième jour. Elle soignait son mari et habitait la même chambre que lui. D'autre part, un ouvrier qui passait la moitié de ses journées dans la maison de mon malade, qui est aubergiste, vint me trouver le 12 avril pour une lymphangite du membre supérieur qui avait comme point de départ une piqûre de la main produite par un clou. Ces trois accidents survenus dans l'espace d'une semaine, chez des personnes vivant dans un milieu où l'encombrement et le manque de propreté sont très prononcés, me permirent de supposer que l'ulcération de la plaie, l'érysipèle et la lymphangite, étaient dus à une même cause infectieuse.

Les ulérations touchées avec le crayon de nitrate d'argent prenaient un aspect rosé les jours suivants, mais toujours il s'en produisait de nouvelles (pendant plus de 3 mois) et exclusivement sur la moitié externe de la plaie sur laquelle les premières greffes avaient été placées.

Mais, dix semaines après l'application des premières greffes (19 mai) apparut une roséole abondante; bientôt le malade eut une éruption croûteuse du cuir chevelu, et plus tard (juillet) des plaques muqueuses dans la bouche.

Un des fils du malade, âgé de 25 ans, et qui chaque fois avait fourni des greffes, vint me trouver dans le courant du mois de mai, peu de jours avant que la roséole apparut chez son père; il ressentait depuis quelques mois des douleurs et des démangeaisons à l'anus; j'y trouvai des plaques muqueuses. Ce jeune homme avait eu, dix-huit mois auparavant un chancre pour lequel il n'avait, disait-il, pas jugé nécessaire de s'adresser à un médecin.

J'avais donc communiqué la syphilis à mon malade par le sang qui adhérait aux greffes prises sur son fils. Le malheureux ignore que je lui ai inoculé la syphilis : il a suivi un traitement mercuriel et ioduré qu'il croit destiné à purifié son sang vicié par une longue suppuration. Depuis quelques semaines seulement (commencement de septembre) sa plaie est entièrement cicatrisée, c'est-à-dire huit mois après le début de son érysipèle.

—

M. le docteur Féréol, communique, en second lieu, au nom de M. le docteur Tuefferd, l'observation suivante sur un cas de *Mort subite dans le cours d'une affection du cœur restée absolument latente.*

« Le 19 juin 1881, j'ai été invité, par le parquet de Montbéliard, à me transporter à Voujaucourt, et à y procéder à l'autopsie du cadavre du sieur Corlet, ouvrier mouleur, âgé de dix-neuf ans.

La veille, ce jeune homme avait travaillé, jusqu'à sept heures du soir, à la fonderie où il est employé ; puis il avait fait un frugal repas avec du pain et du fromage et était sorti en annonçant qu'il allait prendre un nid d'oiseau de proie dans une forêt voisine. Sa famille inquiète de son absence prolongée, s'était mise à sa recherche le lendemain matin et avait découvert son cadavre au bord d'un massif de broussailles ; la tête, plus basse que le siège, reposait sur des branchages et des broussailles.

A notre arrivée, à midi, la rigidité cadavérique est complète.

Les vêtements ne présentent aucun désordre. Les mains ne renferment ni terre, ni gazon, ne sont pas souillées de sang, et n'offrent traces ni de contusions, ni d'érosions.

La face, le cou et l'épaule gauche sont cyanosés. Un léger écoulement de sang s'est produit à l'angle interne de l'œil gauche, dont la paupière inférieure a été blessée par une branche.

La langue est appuyée contre les arcades dentaires, la bouche entr'ouverte.

Deux érosions épidermiques, longues et sinueuses, siègent sur la région sus-hyoïdienne gauche ; à la région sous-angulaire du même côté, plusieurs érosions irrégulières, n'ayant donné lieu à aucun écoulement de sang.

Toutes ces érosions, ainsi que la petite blessure de l'angle de l'œil, siègent sur le côté gauche de la face et du cou, c'est-à-dire aux points sur lesquels les parties supérieures du corps reposaient sur des broussailles et sur le sol.

*Autopsie.* — Les veines du cou sont distendues par une énorme quantité de sang noir. Les petites érosions signalées plus haut n'ont intéressé que les couches les plus superficielles de la peau ; il n'existe pas d'ecchymoses sous-cutanées correspondant à ces lésions.

Le *larynx* n'offre ni fracture, ni signe de compression ; la muqueuse en est violacée et parsemée de petites ecchymoses des dimensions d'un grain de millet.

La *trachée-artère*, violacée, est aussi parsemée d'ecchymoses semblables et renferme, ainsi que le larynx, une grande quantité d'écume sanguinolente.

Les *plèvres* ne renferment pas d'épanchement et n'offrent pas d'ecchymoses ; adhérence très limitée du sommet gauche.

Les *poumons*, volumineux, sont le siège d'une intense congestion généralisée; ils sont d'une couleur violet foncé, crépitent sous le doigt; une section donne lieu à un abondant écoulement de sang noir.

Le *cœur* d'un tiers au moins plus volumineux que l'état normal, est renfermé dans un *péricarde* sain, sans taches laiteuses, et contenant une faible quantité de sérosité citrine. Les quatre cavités renferment du sang noir, liquide, sans caillots. Les cavités droites n'offrent rien de spécial. Les parois du ventricule gauche sont épaissies; la valvule mitrale est saine. Les *valvules sygmoïdes* aortiques ont subi, dans toute leur étendue, une dégénérescence calcaire et constituent une masse crétacée, du volume d'une noisette, recouverte de séreuse à sa base, et ulcérée à sa partie supérieure, où elle ressemble à du tissu osseux aréolaire. La lésion semble absolument limitée aux valvules; l'endocarde semble saine, ainsi que la tunique interne de l'aorte. Au milieu de cette masse existe un pertuis, permettant à peine le passage d'une plume de pigeon et qui constitue l'unique communication entre le ventricule et l'aorte.

L'*aorte* et les gros vaisseaux sont sains; ni athérome, ni traces de caillot sanguin.

Les *reins* ne présentent rien de spécial.

L'*estomac* renferme des débris de pain et de fromage encore reconnaissables.

Il n'existe pas d'œdème des extrémités.

Sur le désir de la famille il n'a pas été procédé à l'examen du cerveau.

Je suis médecin de l'usine où Corlet est employé; il ne s'est jamais présenté à la consultation; le registre d'inscription des malades ne fait pas mention de son nom. Je ne puis donc fournir, à son sujet, aucun renseignement personnel. C'était un jeune homme de dix-neuf ans, grand, mince, un peu pâle. Au dire de son contre-maître, il était très assidu à son travail, et n'a jamais semblé éprouvé par ses pénibles occupations de mouleur, occupations qui nécessitent un déploiement de force musculaire considérable et une grande agilité. Ses camarades ne l'ont jamais entendu se plaindre. Il était sobre, ne buvait pas d'eau-de-vie, avait une conduite irréprochable et était absolument exempt d'alcoolisme et de syphilis. Sa mère, vivante et bien portante, nous apprend qu'il n'a jamais eu de douleurs et qu'il n'a pas été atteint de scarlatine. C'est un enfant naturel, et sa mère ne peut nous donner aucun renseignement sur son père qu'elle a à peine connu.

Il est manifeste que la cause de la mort du sieur Corlet réside uniquement dans l'affection valvulaire que nous avons constatée à l'autopsie; un obstacle considérable, permanent, s'opposait à la propulsion du sang dans l'aorte; dans ces conditions, un homme est placé dans un état constant de danger d'asystolie. L'ascension rapide de la colline escarpée au sommet de laquelle le cadavre a été découvert, a sans doute suffi pour déterminer l'asystolie, une congestion pulmonaire et la mort survenue lentement, si nous en pouvons juger d'après la grande quantité d'écume contenue dans le larynx, la trachée et les bronches.

Le mécanisme de la mort est donc classique, mais ce qui rend, croyons-nous, intéressante la pièce anatomique que nous présentons, c'est l'âge du sujet, le siège restreint de la lésion, son développement considérable et surtout une tolérance extrême, laquelle a permis à Corlet d'accomplir, pendant des années, sans doute, ses pénibles occupations, sans même éprouver de malaises.

L'aorte ne pouvait recevoir qu'un jet de sang du calibre d'une plume de pigeon, et, malgré cette circulation insnffisante, Corlet n'a jamais manifesté aucune altération appréciable de sa physionomie et de sa santé jusqu'à l'heure de sa mort.

Il n'avait que dix-nenf ans; si les lésions mitrales sont plus fréquentes pendant la jeunesse, par contre, la forme spéciale d'endocardite qui détermine la sclérose ou l'ossification de l'orifice aortique semble être l'apanage de l'âge mûr, sinon de la vieillesse.

Enfin, quelle peut être l'étiologie de cette lésion ? Corlet n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, même de douleurs musculaires.

La scarlatine, la syphilis et l'alcoolisme font défaut. L'absence de renseignements sur son père ferme, il est vrai, une porte à nos investigations. Mais n'hérite-t-on pas du rhumatisme, de la goutte, plutôt que d'une lésion valvulaire ? Nous sommes forcés de nous rejeter sur l'opinion de Peacock, lequel prétend que l'endocardite valvulaire chronique peut être due à des efforts prolongés, à des mouvements musculaires excessifs. »

—

Discussion sur la communication de M. le docteur Du Castel relative à *une épidémie d'ecthyma contagieux observée dans ses salles, à l'hôpital Saint-Antoine.*

M. Vidal : D'après l'intéressante relation que M. Du Castel vient de nous faire d'une épidémie d'ecthyma survenant chez des sujets varioleux, il semble bien qu'il y ait eu réellement une propagation contagieuse. Je suis d'autant plus disposé à l'admettre que l'ecthyma, ainsi que je l'ai démontré par des expériences confirmées depuis par celles de Douaud, de Bordeaux,

et de Vincenzo Tanturri, de Naples, est inoculable et, par conséquent, contagieux. On comprend très bien que les germes de l'ecthyma aient pu trouver dans les excoriations de la peau produites par la variole une porte d'entrée facile. La multiplicité des lésions varioliques explique le très grand nombre de pustules d'ecthyma développées dans un court espace de temps, presque simultanément sur toutes les régions du corps, et la gravité de cette complication. J'ai employé intentionnellement le mot vague de germes pour désigner l'agent contagieux. Il est possible, il est probable même qu'il ait pour éléments figurés les spores et les bactéries que M. Du Castel a trouvées dans le liquide des pustules ecthymateuses. Vous avez entendu les sages réserves faites à cet égard par notre distingué collègue : je m'y associe complétement.

Il est actuellement impossible de distinguer les unes des autres, par leurs caractères microscopiques, les microbes de l'ecthyma de ceux qu'on rencontre dans les bulles des diverses variétés de pemphigus, dans les vésico-pustules de l'impétigo et même dans les phlyctènes produites par les vésicants.

Depuis plusieurs années, je m'occupe de cette étude. J'ai trouvé des bactéries et des spores brillantes isolées, ou groupées par petits amas, en général de trois, quatre ou cinq, dans les pustules d'*ecthyma,* lorsque le liquide devient purulent. Leur maximum est du quatrième au sixième jour.

J'ai vu des microbes, en apparence identiques aux précédents, dans les bulles du *pemphigus.* En 1876, avec M. Déjerine, alors interne de mon service, nous les avons constatés dans les bulles du *pemphigus épidémique des nouveau-nés.* Ce pemphigus, comme vous le savez, est inoculable et contagieux. Avec M. André, mon chef de laboratoire, nous les avons trouvés dans les bulles du *pemphigus diutinus* que je n'ai jamais réussi à inoculer. Vous les verrez encore dans les bulles de l'*érythème polymorphe* (érythème exsudatif multiforme), dont on a voulu faire un pemphigus aigu, et qui n'est pas inoculable. Vous les trouverez même dans les bulles et les phlyctènes produites par les agents vésicants.

Dans l'*impetigo contagiosa,* Piffard (de New-York), Kaposi, Geber. E. Lang et dernièrement encore Radcliffe Crocker ont observé des spores et des chaînettes de spores. Deux fois j'ai pu vérifier l'exactitude de leur description. Mais dans les autres variétés de l'impétigo, j'ai trouvé aussi des microbes qui me paraissaient exactement semblables aux précédentes. Du reste, toutes les variétés d'impétigo sont inoculables et contagieuses.

En résumé, dans toutes ces bulles, ces vésico-pustules et ces pustules, on trouve des microbes qui, à l'examen microscopique, même avec de forts grossissements (oc. 1 obj. 10 à immersion de Verick), ont une telle ressemblance qu'on ne peut les discerner les uns des autres. Pour affirmer leur spécificité, il faudrait les cultiver et reproduire la lésion par l'inoculation avec le liquide de culture. C'est ce qu'a fait M. Pasteur pour la bactérie du choléra des poules et pour la bactéridie des affections charbonneuses.

Mais, pour faire ces cultures, il faudrait la grande expérience, il faut tout au moins la rigueur scientifique de l'éminent savant dont je viens de prononcer le nom. Autrement on s'expose à commettre les erreurs les plus invraisemblables. A propos des microbes de la tuberculose, des baccilli du paludisme, je pourrais déjà vous en citer un certain nombre. Voici une de ces conclusions hâtives dont le résultat est assez bizarre pour nous montrer combien nous devons être prudents lorsque nous nous engageons dans cette voie d'expérimentation difficile. Au Congrès médical international de Londres, un médecin de Rome, le docteur Angelucci soutenait que, malgré leurs différences cliniques, le psoriasis, une variété de l'eczéma et le *molluscum contagiosum* (acné varioliforme) étaient produites par un seul et même parasite. Ayant vu dans les squames du psoriasis, dans les croûtelles de l'eczéma papulosum et dans les comédons du molluscum contagiosum des spores réunis en zooglées, il les cultiva séparément. Dans les liquides de culture, ces spores se développèrent et formèrent des bactéries. Ces bactéries ayant les mêmes caractères apparents, le docteur Angelucci se hâte d'affirmer leur identité, sans avoir cherché à la démontrer par le succès des inoculations.

—

M. V. Cornil communique une note sur le siège des bactéries dans la lèpre et sur les lésions des organes dans cette maladie. (Sera publiée.)

M. Debove communique un travail sur l'alimentation forcée chez les phthisiques. (Voyez Union Médicale des 22 et 24 novembre 1881.)

— M. le docteur Laure, médecin des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé, est nommé membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux.

*Le secrétaire,* Troisier.

## FORMULAIRE

### SIROP DE CHLORAL. — P. CARLES.

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral pur. . . . . . . . . . | 4 grammes. |
| Eau bouillante. . . . . . . . . . . . . . . | 2 — |
| Carbonate de soude (en dissolution concentrée). . . . . . . . . . . . . . . | q. s. |
| Essence de menthe anglaise. . . . . . . | 1 goutte. |
| Sirop simple incolore à 35°. . . . . . . . | 94 grammes. |
| Chloroforme pur. . . . . . . . . . . . . | 1 goutte. |

Broyez finement le chloral, et arrosez-le avec l'eau bouillante. Dès qu'il sera dissous ajoutez la dissolution de carbonate de soude goutte à goutte, jusqu'à ce que le papier de tournesol indique une parfaite neutralisation, puis l'essence de menthe; agitez et mélangez rapidement au sirop. — Filtrez au papier et mêlez le chloroforme par agitation.

Ce sirop de chloral contient un gramme de chloral par cuillerée à bouche, et 0 gr. 25 par cuillerée à café. Il se conserve très bien. — N. G.

## COURRIER

MUTATIONS. — Par suite du décès de M. le docteur Maurice Raynaud, médecin de l'hôpital de la Charité, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

M. Peter de la Pitié, passe à la Charité;
M. Andhoui d'Ivry, passe à la Pitié;
M. Gouguenheim de Lourcine, passe à Ivry;
M. Raymond du Bureau central, est nommé à Lourcine.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — Cet hospice situé rue Denfert-Rochereau, va être considérablement agrandi.

Cet hospice a toujours été l'objet de la sollicitude et des soins de l'administration de l'Assistance publique; malheureusement, les fonds dont on dispose pour cet établissement ne sont pas considérables, et certains services souffrent de cet état de choses.

Ainsi, les nourrices, recrutées pour allaiter les enfants abandonnés, ne sont pas toujours les meilleures; ces femmes aimant mieux avoir affaire à un particulier qu'à une administration qui les paie moins cher.

Émus de cet état de chose, de généreux donateurs ont envoyé des sommes considérables à l'Assistance publique, en mentionnant qu'ils voulaient que cet argent fût affecté d'une manière absolue à l'hospice des Enfants-Assistés.

Ainsi, M. le baron de Nivière a légué à cet hospice une somme de 100,000 fr.; M^me veuve Duménil a légué 2,000 fr.; M^me veuve Bartsch a légué 12,400 fr.; M. Chaumont a légué 20,000 fr., etc.

L'administration de l'Assistance a été autorisée à accepter ces divers legs qui serviront à améliorer les gages des serviteurs et des nourrices de l'hospice.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 12 décembre 1881, à 3 heures précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e Chambre du tribunal civil), entrée par le boulevard du Palais.

*Ordre du jour* : 1° Élections pour le renouvellement du bureau. — 2° Note sur la viabilité des nouveau-nés, par M. Maison, interne de l'infirmerie Saint-Lazare. — 3° Communication de M. Brouardel, sur quelques cas de mort par coliques hépatiques, ayant donné lieu à des soupçons d'empoisonnement. — 4° Rapport de M. Chaudé, sur la question de savoir si les médecins autorisés, en vertu de l'art. 27 de la loi de germinal an XI, à fournir des médicaments à leurs clients, sont tenus de subir les visites d'inspection imposées aux pharmaciens. — 5° Analyse, par M. d'Herbelot, d'un travail de M. Dayras, sur les mesures législatives relatives aux aliénés « dits criminels ».

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## CAS RARES DE TUMEURS PÉRI-URÉTHRALES BLENNORRHAGIQUES ;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 juillet 1881,

Par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

Pendant le cours de la blennorrhagie il peut se développer sur toute la longueur du canal de l'urèthre, depuis le méat jusqu'au col de la vessie, des tumeurs inflammatoires qui ont une grande tendance à se convertir en abcès. Les unes sont petites et circonscrites ; les autres sont volumineuses et diffuses. Quels que soient leurs dimensions et leur siège primitif, elles obéissent toutes au même mode pathogénique, qui s'effectue constamment de la façon suivante :

1° Inflammation catarrhale ou purulente propagée du canal aux glandules ou aux glandes du canal, depuis les acini simples jusqu'aux glandes conglomérées de Méry et jusqu'à la prostate ;

2° Compression et oblitération du canal excréteur de ces glandes ou de ces glandules, distension de l'organe sécréteur par l'abondance des produits morbides qui ne peuvent plus sortir, et propagation du travail inflammatoire jusqu'au stroma ;

3° Processus de l'inflammation en dehors du stroma, phlegmon péri-glandulaire ; abcès consécutif s'ouvrant sous la peau. Tout se passe alors en dehors de l'urèthre ;

4° Quelquefois, altération de l'orifice glandulaire et ouverture de l'abcès dans le canal de l'urèthre. Là, au contraire, le travail morbide ne s'est pas distrait aussi complètement de son origine uréthrale que dans le cas précédent.

Les deux modes de terminaison peuvent se produire sur le même malade successivement ou simultanément ; il en résulte une communication anormale de l'urèthre avec l'extérieur, une fistule uréthrale cutanée qui peut devenir permanente ou ne guérir que difficilement.

Tout en restant le même dans ses phénomènes essentiels et dans la succession de ses différents stades, le processus de ces sortes de complications glandulo-phlegmoneuses devient plus complexe à mesure qu'il s'établit sur des parties du canal plus rapprochées du col de la vessie. Aussi l'affection augmente-t-elle de

# FEUILLETON

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de M. le professeur LABOULBÈNE. — Leçon d'ouverture (1).

### HISTOIRE DES LIVRES HIPPOCRATIQUES.

VI

Les éditions des Livres hippocratiques sont considérables. Un grand nombre de Traités ont été publiés isolément, par exemple l'Ὅρκος, ou le *Serment*, paru en grec à Bâle en 1518, in-4°, avec les Fables d'Ésope. C'est le plus ancien texte imprimé de ce livre antique, sorte de papier de famille des Asclépiades. Je vous signale un travail intéressant et récent de M. le docteur Charpignon, d'Orléans, sur l'obligation de ne point pratiquer la taille, imposée par le *Serment*. Pour M. Charpignon, il s'agit, comme pour René Moreau, A. Gauthier et le professeur Malgaigne, non de la taille, mais de la castration, défendue aux disciples hippocratiques. Divers livres ont été donnés avec d'autres, en latin ou en grec. Vous en trouverez une liste, ainsi qu'un abrégé des Commentaires sur ces livres, dans le Dictionnaire historique de la médecine, de Dezeimeris, t. III, 2e partie, pages 180-197.

Les œuvres complètes, les *Opera omnia*, la Collection hippocratique en un mot, a été imprimée pour la première fois à Rome, non en grec, mais sur la traduction latine imparfaite de M. F. Calvus. Elle a été faite, dit-on, pour François Ier, sur les manuscrits du Vatican, et elle a paru en 1525, in-folio.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24 novembre, 1er, 6 et 8 décembre.

gravité d'avant en arrière dans des proportions considérables. La plus légère est celle de la fosse naviculaire; la plus sérieuse, celle de la prostate. Quelle différence, en effet, entre le pronostic des petits abcès folliculaires qui se forment sur les côtés du frein, et celui des inflammations, des suppurations prostatiques qui creusent de vastes cavernes dans la glande, la désorganisent, s'ouvrent dans la vessie, le rectum, et quelquefois même dans le péritoine! Entre ces deux extrêmes, on peut placer la complication désignée sous le nom d'inflammation des glandes de Cooper, qui s'accompagne toujours, ou presque toujours, de phlegmons et d'abcès périnéaux diffus ou circonscrits.

Mais au-dessus des glandes de Cooper et le long de leur canal excréteur se trouvent des glandules auxiliaires ou accessoires qui complètent l'appareil sécréteur placé sur les limites de la portion spongieuse et de la portion membraneuse du canal de l'urèthre. Ces glandules sont susceptibles de s'enflammer ou de s'engorger, comme les grosses glandes de Méry, sous l'influence de la blennorrhagie.

Dans leur forme phlegmoneuse, elles suivent la même marche et se terminent de la même manière que les autres tumeurs glandulo-phlegmoneuses de semblable origine.

Je ne parlerai point de cette variété qui est la plus commune, mais de celle, beaucoup plus rare et non encore décrite, où le processus ne franchissant pas le stroma de l'organe donne lieu à une tumeur subaiguë ou chronique qui ne suppure pas et guérit spontanément après avoir duré plus ou moins longtemps.

Sur tous les points du canal, la circonscription du travail morbide dans l'intérieur de l'organe glandulaire est exceptionnelle. Gubler n'avait observé qu'une seule fois la forme chronique de la coopérite.

Les deux observations que je vais rapporter sortent aussi de l'observation commune, et c'est à ce titre qu'elles m'ont semblé mériter de faire l'objet d'une communication à la Société. Elles offrent en outre, dans leur histoire, quelques particularités intéressantes.

PREMIER CAS. — *Tumeur uréthrale survenue dans la région du scrotum vers le huitième jour d'une blennorrhagie intempestivement traitée par des bougies médicamenteuses.*

*Son accroissement progressif jusqu'au volume d'une orange; sa situation entre les*

---

La première édition grecque est celle des Alde, donnée à Venise, cette même année 1526, avec un avis de François Asulan (Alde) relevant quelques erreurs échappées à F. Calvus.

Le plus célèbre des éditeurs anciens d'Hippocrate est Anuce Foes, né en 1528 à Metz, où il est mort en 1595. Le livre de Foes est supérieur à tous ceux qui l'ont précédé ainsi qu'à tous ceux qui l'ont suivi, excepté Littré. C'est un monument de l'érudition médicale au XVIe siècle, élevé à la mémoire du médecin de Cos.

L'édition de Littré laisse loin derrière elle toutes les précédentes; il me sera facile de vous en montrer le rare mérite; auparavant je dois vous dire qu'après elle est venue une édition gréco-latine très remarquable, celle de Zacharie François Ermerins, en trois volumes in-4°, publiée de 1859 à 1864.

Ermerins a enrichi son œuvre de notes utiles, de prolégomènes intéressants, et il a redressé le texte grec avec grand soin et autorité; toutefois on lui reproche de n'avoir pas assez le respect de ce même texte, qu'il abrège souvent, et de publier pêle-mêle les livres authentiques avec ceux qui ne le sont pas. Les notes sont littéraires et non médicales; l'helléniste chez Ermerins n'est pas doublé du médecin.

### VII

#### LITTRÉ.

J'arrive enfin à Littré. Voici les dix volumes de son travail sur Hippocrate, œuvre capitale commencée en 1839, et qui n'a été terminée qu'en 1861.

L'édition de Littré offre, suivant l'avis unanime des critiques, des qualités de premier ordre. Littré a dépassé Foes par la sagacité avec laquelle il a restauré le texte en le discutant et en faisant pour cela le plus heureux usage des manuscrits qu'il a collationnés. Partout il s'est montré profond et judicieux. Son travail ne s'est pas borné aux mots, il a restitué des por-

*deux testicules; sa connexion avec le testicule droit. — Son attache uréthrale par un pédicule; sa diminution, ses changements de forme. — Sa durée de deux mois et demi. — Guérison complète par résolution.*

I

M. Al..., âgé de 28 ans, entra, en mars 1881, dans les chambres payantes de l'hôpital du Midi, pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse située entre les deux testicules. Il en était à sa troisième blennorrhagie, qu'il avait contractée vers la fin de janvier dernier. La première et la seconde avaient été légères, de courte durée et sans complications.

Pour se guérir rapidement de la dernière, qui était aiguë, il la traita, dès le troisième jour, avec des bougies médicamenteuses fondantes, dont il continua l'emploi pendant une dizaine de jours. Au lieu de se calmer, les douleurs s'exaspérèrent, et, au bout d'une semaine, il survint une petite tumeur entre les deux testicules, au-dessous du canal. Le malade n'en continua pas moins l'emploi des bougies jusqu'au 12 février (quinzième jour de la maladie), époque à laquelle M. le docteur Chatillon, l'ayant dissuadé de persévérer dans une méthode de traitement qui lui avait été nuisible, lui conseilla des bains et des boissons délayantes. A cette époque, la tumeur était peu volumineuse, indolente, et ne gênait point la marche.

Mais il n'en fut pas longtemps ainsi, car, à partir du 25 février surtout, elle augmenta progressivement, et prit même des proportions telles que M. A... fut contraint d'interrompre ses occupations.

II

Voici dans quel état je le trouvai lors de son entrée dans mon service, le 7 mars (quarantième jour environ de la blennorrhagie, et trentième de la tumeur uréthrale). Entre les deux testicules, sur la ligne médiane, il existait une tumeur grosse comme une mandarine, un peu aplatie d'un côté à l'autre, libre de tous les côtés au milieu des enveloppes du testicule, et n'adhérant qu'en haut au canal par un pédicule court, d'un petit diamètre, un peu en arrière du pli péno-scrotal, et loin par conséquent du périnée. On pouvait la circonscrire par la palpation sur tout

---

-tions importantes de divers traités; de plus, chaque livre est précédé d'un argument où Littré aborde les difficultés du sujet et où il arrive souvent à les résoudre en mettant en contact la science antique avec la science moderne. Littré a pu dire : « Je ne laisse pas Hippocrate tel que je l'ai trouvé. »

Le premier des dix volumes porte la dédicace suivante :

A la mémoire
de mon père,
Michel-François Littré,
mort le 20 décembre 1827.
Malgré les occupations les plus diverses
d'une vie traversée,
il ne cessa de se livrer à l'étude des lettres et des sciences,
et il forma ses enfants sur son modèle.
Préparé par ses leçons et par son exemple,
j'ai été soutenu dans mon long travail par son souvenir
toujours présent.
J'ai voulu inscrire son nom sur la première page de ce livre
auquel du fond de la tombe il a eu tant de part,
afin que le travail du père
ne fût pas oublié dans le travail du fils,
et qu'une pieuse et juste reconnaissance rattachât
l'œuvre du vivant
à l'héritage du mort.
Ce livre aura atteint ma plus haute espérance
s'il n'est pas indigne de l'humble mais vénérable mémoire
à laquelle je le consacre.

son pourtour. Quoiqu'un peu plus rapprochée du testicule droit que du testicule gauche, elle n'avait alors avec lui aucune attache.

Cette tumeur, bien que d'origine inflammatoire, était si peu sensible, qu'on pouvait la palper dans tous les sens sans causer aucune douleur. Sa surface présentait de nombreuses bosselures irrégulièrement disposées; elle avait une consistance très ferme et uniforme sur tous les points.

Les enveloppes des testicules n'offraient aucune trace d'inflammation.

Lors de l'entrée du malade, c'est-à-dire quatre jours auparavant, la tumeur uréthrale était plus volumineuse, mais elle avait les mêmes caractères. Le repos absolu, les cataplasmes l'avaient fait diminuer au moins d'un cinquième.

Du 7 au 19 mars, elle se rapprocha un peu du testicule droit et sembla faire corps avec lui. Le cordon droit s'appuyait sur sa face externe, sans y adhérer. Elle resta toujours libre sur les autres points et sans inflammation périphérique. Sa surface était toujours bosselée, sa consistance ferme, et son indolence à peu près complète sauf à l'extérieur, du côté du testicule, où la station debout faisait naître une sensation pénible de gêne et de tiraillement.

Telle fut la situation qui resta stationnaire à peu près pendant quinze jours. L'écoulement blennorrhagique était très faible et mucoso-purulent plutôt que purulent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

## THÉRAPEUTIQUE

### DE L'AUNÉE COMME EXPECTORANT ET CALMANT DANS LES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Plantes de la famille des composées et de la sous-tribu des astéroïdées inulées de Cassini, les Aunées croissent en petites quantités dans l'Europe et l'Asie Mineure. L'espèce employée en médecine est la grande Aunée ou Aunée officinale, Inula Helenium.

L'Inula Helenium est une de nos plantes indigènes des plus actives (Gubler, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, *Commentaires thérapeutiques*), mais presque abandonnée à cause de sa rareté. La racine, portion importante de la plante au point de vue médicinal, est vivace, allongée, grosse et charnue. D'un goût amer et chaud, d'une odeur aromatique et camphrée, cette racine agit comme un stimulant doux des organes digestifs, de ceux de la circulation et de la respiration et consécutivement des principales sécrétions (Gubler

---

Voici les lignes finales du dixième volume avant l'Appendice : « Et maintenant, je prends congé d'Hippocrate, du public, de mon éditeur ; Hippocrate à qui je dois d'appartenir à l'Académie des inscriptions ; le public qui ne m'a pas refusé quelque appui ; l'éditeur que n'a rebuté ni la longueur du temps ni l'étendue de l'œuvre. » Cet éditeur est Jean-Baptiste Baillière.

Par ces deux extraits, vous pourriez presque connaître Littré. Le savant éminent était un homme juste, simple et bon.

Si je n'ai pu vous donner sûrement la biographie d'Hippocrate, qu'il me serait facile de vous parler longuement de Littré! Quand nous l'avons perdu, le 1$^{er}$ juin de cette année, la presse a, de toutes parts, rappelé sa vie si bien remplie, son enfance studieuse chez des parents de forte race, son instruction et son éducation solides, ses essais très remarqués. On a vanté son labeur assidu, son érudition patiente et presque universelle. On a célébré cet homme à la fois rigide et inflexible, mais souverainement bon et sensible jusqu'à l'inspiration poétique.

On a dit qu'il n'était pas agressif, et que, dans une sérénité calme, il ne répondait pas aux provocations. La gravure a reproduit ses traits si caractérisés.

Les travaux de Littré ont fait dire à l'auteur du *Dictionnaire des contemporains :* C'est l'homme qui a produit le plus grand nombre d'ouvrages remarquables. A la fois penseur, écrivain, philologue, savant hors ligne, personne ne l'a égalé.

Depuis un demi-siècle, car Littré était né à Paris en 1801, les plus grands écrivains de notre temps, les chercheurs les plus laborieux ont eu recours à la science de Littré. Bien que surchargé de travail et tout entier à ses livres, il répondait à tous et il était secourable aux petits. Je l'ai vu, je lui ai parlé.

déjà cité). Elle renferme, outre une matière amylacée particulière l'inuline, un principe cristallisable, l'hélénine ou camphre d'Aunée et une huile volatile (Baillon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, Dictionnaire de Dechambre).

C'est un tonique aromatique stimulant qui convient dans plusieurs affections liées à un état de débilité organique, tel que le catarrhe chronique par exemple (Baillon déjà cité).

Les propriétés toniques et stimulantes de l'Inula n'étaient point ignorées des anciens thérapeutistes et l'Aunée entrait dans une foule de préparations; elle a été même employée à titre d'agent emménagogue. Le professeur Gubler était le premier qui utilisait l'Inula comme expectorant et engageait ses élèves à faire des recherches sur cette plante peu connue.

Le conseil du regretté maître a été suivi; nous nous sommes livré à une étude sérieuse et approfondie, et de nos nombreuses expériences physiologiques et cliniques il ressort clairement que l'Inula est non seulement douée de propriétés expectorantes, mais aussi et à un haut degré de propriétés calmantes.

Nous avons montré que c'est à deux professeurs éminents de la Faculté de Paris, MM. Baillon et Gubler, qu'est due la promotion de l'Aunée officinale dans la thérapeutique; l'honneur en revient en particulier à Gubler qui, le premier, a réhabilité l'Aunée en présentant sur son emploi et sa préparation des aperçus judicieux et en la recommandant chaleureusement à ses élèves, ainsi qu'à M. Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, qui a tout récemment tenté de son côté de tirer l'Inula de l'oubli immérité. A cet effet, le savant professeur a préconisé dans ses leçons cliniques, faites à l'hôpital Saint-Antoine sur les bronchites, des tisanes composées dans lesquelles entre cette plante.

Nous verrons, par un court aperçu historique, que l'Enula Campana ou herbe de l'Aulne des anciens médecins, était connue dès la plus haute antiquité. Pline, si prompt à accueillir tous les contes de vieilles femmes, dit qu'Helenium d'Egypte provient des larmes d'Hélène, et que pour cela le meilleur croît dans l'île d'Hélène, et ne manque pas de lui accorder des vertus aphrodisiaques. Mais Diascoride, qui ne perd pas son temps comme le philosophe Pline à nous débiter les rêveries des astrologues et des magiciens sur les propriétés d'une foule de substances inertes, Dioscoride, à qui il faut toujours recourir pour qui veut étudier la matière médicale des Grecs, l'a désignée par les expressions d'Inula Helenium, et a attribué à ce médicament, ainsi qu'après lui Galien, des propriétés merveilleuses dans toutes les affections du poumon et de l'estomac.

L'impératrice Julia Augusta, célèbre par sa beauté et le dérèglement de ses mœurs, en usait tous les jours à son manger.

Au moyen âge et à la renaissance où l'Aunée jouissait d'une réputation immense, elle était « propre à embellir la personne et à entretenir la peau du visage et de tout le reste du corps saine, entière et sans aucune tache ni corruption. » On dit davantage, que « ceux qui en usent en sont plus gracieux et plus prompts au jeu d'amour. » Elle était employée journellement comme stimulante emménagogue et diaphorétique. La racine confite est « fort utile à

---

Je me rappelle, comme si c'était hier, l'époque où, voulant rester à Paris, j'ai été chez Littré. Sur la recommandation de Rayer et d'Andral, j'allai le voir dans l'appartement de la rue de l'Ouest, dans lequel il est resté si longtemps. A l'heure qu'il m'avait fixée, je le trouvai au milieu de ses papiers et de ses livres, qui couvraient partout les murs, les meubles et le parquet. Je ne fus point interdit comme je le redoutais, car je me trouvai en présence d'un homme calme et doux, au visage allongé, fortement amaigri, au front large avec les cheveux tombants, aux yeux pénétrants sous de grandes besicles, avec la lèvre inférieure proéminente et retournée. Je croyais voir dans ce savant, en quelque sorte étranger aux choses de la vie courante, un ascète, un sage, tel que l'ont dépeint les vieux auteurs. Je lui exposai simplement mes craintes et mes espérances. Il m'écouta, puis me tendit la main et me dit : « Je vous aiderai. » Et comme il a tenu parole! Au concours de l'agrégation, il m'a soutenu. Pendant la compétition de cette chaire où, je le dis bien haut, aucun n'aurait été aussi bien à sa place que lui, je l'ai eu pour défenseur opiniâtre. Il est de ces moments qu'on ne trouve qu'une fois; laissez-moi donc vous dire que c'est à Littré que je dois, comme à plusieurs autres dont je garderai toujours le reconnaissant souvenir, d'avoir conquis cet enseignement auquel je veux consacrer la meilleure part de ma vie.

J'ai revu le cabinet de travail de Littré, alors que ses collègues, ses élèves, ses amis venaient lui rendre les derniers devoirs. Les livres étaient placés sur leurs tables, les papiers ne traînaient plus; les Académies, les Sociétés savantes, les délégués des grands corps de l'Etat remplissaient l'espace restreint où Littré ne devait plus revenir.

L'œuvre de Littré compte deux productions colossales : l'*Hippocrate* et le *Dictionnaire de la langue française*. Pour les œuvres d'Hippocrate, Grimm avait dit que « corriger tous les livres hippocratiques dépasse les forces d'un seul homme », Et avec ces œuvres si achevées,

l'estomac ; broyée et bue, elle est bonne à ceux qui crachent le sang » ; la décoction de la racine prise en breuvage provoque « les fleurs et l'urine ; prise avec du miel, à forme d'électuaire, est bonne à la toux et à ceux qui ne peuvent avoir leur haleine sans tenir le col droit, et si est propre aux rompures, spasmes, ventosités et aux âpretés de la gorge. Elle est fort convenable aux lochs et électuaires qu'on ordonne pour tirer et faire sortir hors de l'estomac et du poumon les grosses humeurs épaisses et gluantes qui y sont. On en fait rubricatifs sur les parties travaillées de maladies froides et longues comme tout sciatiques et petites et continuelles, dislocations d'aucunes jointures procédant de trop grande humidité. »

L'Aunée, mâchée à jeun, « affermit les dents ; les jus de la racine bien bouillie chassent les vers du corps ; les feuilles, cuites en vin et appliquées par forme d'emplâtre, sont propres pour la douleur des reins et de la longe ; elle remédie aux morsures des bestes venimeuses. » Il est inutile, croyons-nous, de multiplier les citations ; ajoutons cependant que l'Aunée a été préconisée contre la dysenterie, et, à l'extérieur, la décoction concentrée, et la poudre, incorporée dans une pommade, ont été employées avec avantage, comme agent antiparasiticide, dans le traitement des maladies cutanées.

Nous venons de passer en revue les principales affections dans lesquelles l'Aunée a été employée avec plus ou moins de succès, et dont l'énumération se trouve dans les anciennes matières médicales.

Pour compléter cette étude, il nous reste à dire quelques mots des recherches que nous avons faites nous-même au point de vue physiologique, recherches confirmées par de nombreuses observations cliniques que nous avons recueillies dans différents services des hôpitaux de Paris, au point de vue thérapeutique.

L'Aunée renferme, comme on sait, trois principes : l'Inuline, l'Hélénine, et une essence particulière très volatile, d'une odeur vive, pénétrante, d'une saveur âcre et caustique.

L'Inuline ($C^{12} H^{10} O^{10}$), substance blanche, amorphe et insipide, trouvée par Valentin Rose, en 1804, dans la racine de l'Aunée, et qui a reçu les noms d'Alantine et d'Elecampe, est simplement un isomère de l'amidon, comme les gommes, mais n'est pas une fécule. Gannal et le professeur Robin ont montré qu'elle est naturellement liquide dans toutes les plantes où on l'a signalée. Au microscope, elle offre l'état de fines granulations irrégulières, comme celles de tout précipité amorphe, large de 1 à 5 millièmes de millimètre. Cette substance se transforme, sous l'influence des acides étendus, d'abord en dextrine, puis en sucre d'inuline, qui dévie à gauche la lumière polarisée. L'eau commune détermine cette transformation en quinze heures. On voit par-là combien l'inuline est facilement digérée.

L'Hélénine ($C^{14} H^{9} O^{2}$), stéaroptène, ou camphre oxygène cristallin, blanc, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et les essences, fond à 72°, bout entre 275° et 280° ; peut aussi se dissoudre dans les liqueurs alcalines ; c'est pourquoi il développe une saveur âcre dans la bouche, au contact de la salive qui est alcaline.

---

Littré a donné encore à la science médicale le *Dictionnaire* revu de Capuron et de Nysten, ouvrage nouveau dès la dixième édition, faite avec le professeur Charles Robin ; les fines pages de critique : *Medecine et médecins* ; la traduction du *Manuel de physiologie* de Müller. Il a collaboré activement au *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, et au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et aussi au journal l'*Expérience* avec Dézeimeris, et encore au *Journal des savants*, etc., etc. Les œuvres de Littré excitent l'admiration ; la patrie a le droit d'être fière de lui, car il laisse dans le champ de l'érudition un sillon lumineux.

Avant de nous séparer, jetons un dernier regard sur ces Livres hippocratiques, sur ce monument le plus vénérable de l'art ancien. Lorsqu'on remonte aux origines de notre science, la Collection des œuvres d'Hippocrate est la dernière où l'on arrive et par conséquent la première qui se montre. Oui, la médecine avait été cultivée auparavant et elle avait donné lieu à des productions, mais tout ce qui a précédé le Vieillard de Cos a disparu ; à peine nous reste-t-il quelques fragments épars, sans coordination, quelques feuillets et pas un livre. De plus, après la Collection hippocratique, il existe pour nous une grande lacune littéraire jusqu'à l'établissement de l'Ecole d'Alexandrie ; les travaux mêmes des médecins de cette Ecole sont perdus, à part des citations et des passages. De la sorte, les Livres hippocratiques demeurent debout et isolés au milieu des débris de l'antique littérature médicale grecque. Cet isolement les agrandit encore, ils sont comparables aux édifices qui restent seuls au milieu des cités anéanties, et qui paraissent d'autant plus grands et plus majestueux que les rues et les places qui les entouraient ont disparu.

Cette comparaison est de Littré. Je m'arrête avec elle dans ce que j'avais à vous dire aujourd'hui des Livres hippocratiques. Familiarisez-vous avec ces vieux livres, parcourez-les, lisez-les, pénétrez-vous de leur esprit, et servez-vous souvent de cette édition excellente qui réunit les noms glorieux d'Hippocrate et de Littré.

Ce camphre d'Aunée est un modérateur du système réflexe qui a la propriété de diminuer la sensibilité et de faire disparaître l'état nerveux désigné sous le nom de spasmes.

Absorbé par la méthode gastro-intestinale, il a cette propriété remarquable d'augmenter l'appétit dans une proportion notable, et l'ingestion de cette substance facilite en même temps la digestion à la manière des amers aromatiques. Ces propriétés stomachiques font de l'Aunée un excellent agent eupeptique pour combattre l'atonie du tube digestif.

Introduit dans le sang, soit par la voie pulmonaire, soit par la voie gastro-intestinale, il exerce à un haut degré une action anesthésique accompagnée d'un ralentissement de la circulation. Il s'élimine presque en entier, dans les vingt-quatre heures, par les voies respiratoires; ce qui explique l'action locale qu'il détermine dans le conduit laryngo-bronchique. En exerçant une sédation sur le système circulatoire, il active la fonction rénale et augmente constamment l'excrétion urinaire.

Ces propriétés sédatives sur les organes de l'arbre aérien étant ainsi parfaitement constatées, on conçoit dès lors l'action de l'Aunée dans le catarrhe asthmatique.

Enfin, l'huile volatile que l'Aunée renferme, en s'éliminant rapidement par la muqueuse bronchique, parvient aisément à réveiller l'acte physiologique, c'est-à-dire l'expectoration, en vertu de laquelle les matières bronchiques sont expulsées. Son action s'exerce sur l'épithélium cylindrique et vibratile dont est composée la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches, ainsi que sur les glandes qui se trouvent à la face profonde de la muqueuse bronchique. C'est donc un puissant modificateur du tissu des bronches, qui facilite l'élimination à la surface de la muqueuse des produits qu'elle contient.

L'Hélinine et l'essence volatile, par leur action combinée et simultanée, modifient très heureusement la sécrétion du mucus, ainsi que la sécrétion glandulaire, qui sont placées sous l'influence du nerf pneumogastrique.

Ainsi s'explique l'action curative de l'Aunée et les succès que l'on obtient en l'employant dans lé catarrhe suffocant, l'asthme catarrhal, bronchite chronique, et, d'une manière générale, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une gêne plus ou moins grande de la respiration, une dyspnée ou une orthopnée plus ou moins intense.

Ces succès, d'ailleurs, nous l'avons vu, sont consacrés par une expérience remontant à la plus haute antiquité. Il est bien entendu qu'on ne va plus aujourd'hui chercher, dans Dioscoride, des règles de pratique et de conduite, mais il est convenable de rendre justice aux anciens médecins quand l'occasion s'en présente.

Nous ne tomberons pas sans doute dans une exagération excusable à l'époque où le diagnostic des maladies de poitrine était extrêmement difficile, mais nous considérons l'Aunée comme un médicament complexe dont les propriétés expectorantes et sédatives rendent singulièrement précieux dans le traitement des affections des voies aérifères. Son action sûre et rapide, son innocuité parfaite, ses propriétés eupeptiques doivent le faire préférer dans les maladies catarrhales aux antimoniaux et anesthésiques. Il faut se rappeler que la poudre d'ipéca, qui est moins dangereuse dans ses effets thérapeutiques que l'émétique, présente encore bien souvent ainsi que le kermès l'influence fâcheuse sur certains malades. Quant au chloroforme, il peut offrir de véritables dangers dans les paroxysmes intenses avec cyanose et menace de suffocation.

Les services constants que l'Aunée nous rend, depuis des années, dans les affections des voies respiratoires, comme médicament expectorant et calmant, nous a engagé, osons dire même autorisé à en faire une spécialité pharmaceutique; des globules à l'huile essentielle d'Aunée, tenant en dissolution dans les proportions déterminées, l'hélénine parfaitement pure; c'est-à-dire des globules renfermant les principes actifs de la plante.

Nous n'abuserons pas plus longtemps de l'hospitalité qui nous a été offerte si gracieusement dans ces colonnes, et nous nous estimons heureux si, en suivant la voie tracée par les professeurs Gubler et Dujardin-Beaumetz, nous avons réussi à remettre en honneur un médicament qui est appelé à prendre une place honorable dans l'arsenal de la thérapeutique moderne.

D^r DE KORAB.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE.— Rapport sur des observations diverses.— Rapport sur deux observations de fracture de l'humérus compliquées de plaies par balles de revolver; guérison sans suppuration par réunion presque immédiate. Discussion. — Rapport sur une observation de kyste synovial du poignet traité avec succès par l'excision. — Communication sur les résultats de 81 opérations de calculs urinaires pratiquées à l'hôpital grec d'Alexandrie d'Egypte. — Présentation de pièce pathologique : liquide extrait de la tunique vaginale et constitué uniquement par de la graisse.

M. PÉRIER lit un rapport sur 12 observations adressées par M. le docteur Guerlain (de Boulogne-sur-Mer), savoir 4 observations d'ostéopériostite avec abcès des os guéris par la trépanation; 2 amputations de membres; 1 fracture du crâne; 1 amputation du sein pour un cancer; 2 cas de rétention d'urine avec infiltration, etc.

— M. LE DENTU fait un rapport sur deux observations adressées par M. le docteur Dieuze, médecin-major, et relatives à des cas de fracture de l'humérus par balles de revolver. Malgré la complication de ces fractures, la guérison a eu lieu par réunion presque immédiate, c'est-à-dire que les plaies se sont cicatrisées rapidement sans suppuration profonde.

Chemin faisant l'auteur soulève la question de l'intervention chirurgicale dans les fractures des membres par arme à feu. Il pense que, dans les fractures compliquées de plaie par balles de revolver (dont l'histoire constitue une lacune à remplir dans les livres classiques), le chirurgien ne doit pas intervenir, à moins d'indication spéciale. Il doit s'abstenir soigneusement de toute tentative d'exploration de la plaie, placer le membre dans un appareil inamovible et attendre. C'est la conduite que M. le docteur Dieuze a tenue dans les deux cas dont il a fait la relation et qui ont été suivis de guérison sans aucun phénomène inflammatoire. M. le rapporteur ajoute qu'il partage entièrement la manière de voir de M. Dieuze.

M. NICAISE dit qu'il a eu occasion d'observer, dans la dernière guerre, plusieurs cas de plaies par arme à feu, et plusieurs fois il a vu la réunion immédiate s'effectuer dans des cas de fracture comminutive. Ces fractures avaient été produites par des balles de fusil Chassepot. M. Nicaise s'est contenté de placer le membre dans un appareil de Scultet; il n'y a pas eu de suppuration et la réunion s'est faite par première intention.

Des faits semblables ont été recueillis par d'autres chirurgiens et ont été réunis dans une brochure qui porte précisément pour titre : *De la réunion immédiate des plaies par arme à feu.* M. Nicaise ajoute qu'il est difficile de poser à cet égard des principes absolus, et que la conduite du chirurgien doit être subordonnée aux circonstances qui accompagnent le traumatisme.

M. DESPRÈS rappelle que la Société de chirurgie a déjà discuté la question des plaies par arme à feu en 1872. Les deux observations de M. Dieuze méritent, suivant lui, d'attirer l'attention des chirurgiens. M. Després a vu, pour sa part, un certain nombre de plaies avec fractures produites par balles de revolver, et il a constaté que ces plaies ne se comportaient pas comme celles produites par les projectiles de guerre ordinaires.

Il y a quelques années, M. Després avait observé, à l'hôpital Cochin, deux faits qui avaient fixé son opinion sur la conduite à suivre dans ces sortes de plaies. Un sergent de ville, en voulant parer un coup de revolver destiné à un autre eut un doigt de la main traversé de part en part. M. Després fit le pansement par occlusion, de Chassaignac, et, cinq jours après, la cicatrisation était complète.

Dans un autre cas, il s'agit encore d'un sergent de ville; mais, au lieu d'être la victime, c'était lui, cette fois, qui était le meurtrier. Mû par la jalousie, il avait tiré, à bout portant, sur sa maîtresse, un coup de revolver dont la balle pénétra dans la poitrine après avoir brisé comminutivement la clavicule. Cette fracture, compliquée de séjour de la balle dans la poitrine, guérit en quinze jours; il n'y eut ni suppuration, ni sortie d'esquilles.

Cette année, M. Després a encore observé trois cas analogues. Dans un premier cas, il s'agit d'un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région de l'épigastre. La balle, du calibre de 7 millimètres, avait traversé l'épigastre, et s'était logée très probablement entre l'estomac et le côlon transverse. L'interne de garde, dans l'hôpital où le blessé fut transporté, eut la malencontreuse idée d'introduire un stylet dans le trajet suivi par le projectile; fort heureusement, il fut arrêté par les cris de douleur poussés par le patient, et n'osa pénétrer jusqu'au fond du trajet pour tenter d'en extraire le projectile, comme il en avait le dessein.

Le lendemain, M. Després vit le blessé, qui avait du ballonnement, mais sans phénomène

de réaction inflammatoire sérieuse. Il n'essaya pas d'explorer la plaie, encore moins d'extraire la balle. Il laissa le malade tranquille, et, le quatorzième jour, celui-ci sortait de l'hôpital complétement guéri.

Un étudiant en médecine s'était tiré un coup de pistolet dans la poitrine. La balle, du calibre de 7 millimètres, avait traversé le poumon et s'était logée sous la peau de la partie postérieure du thorax. Le médecin qui avait donné les premiers soins au blessé fit appeler M. Després, afin qu'il pratiquât l'extraction du projectile. M. Després s'abstint de toute exploration et de toute tentative. Il se contenta d'appliquer une bande de diachylon, comme pour les fractures de côtes; trois jours après, le blessé quittait l'hôpital pour s'en retourner dans son pays, où la guérison s'est achevée sans complication.

Une seule fois, M. Després a vu des accidents se manifester à la suite d'une plaie par balle de revolver. Un jeune homme avait reçu un coup de pistolet tiré à bout portant sur la mâchoire. La balle, en frappant l'os, s'était divisée en deux portions : l'une avait pénétré dans le maxillaire en le fracturant comminutivement, l'autre avait continué son trajet dans les parties molles et y avait provoqué un abcès. C'est le seul accident sérieux que M. Després ait observé à la suite de fractures compliquées faites par des balles de revolver. Il en conclut que le chirurgien doit toujours s'abstenir, dans ces cas, de toute tentative d'exploration et d'extraction, et abandonner le blessé aux soins de la nature, qui se tire mieux d'affaire que le plus habile des chirurgiens.

M. Théophile ANGER se déclare également partisan de l'abstention dans les plaies et fractures produites par des balles de revolver. Il a vu un jeune homme, qui avait eu le genou traversé par un de ces projectiles, guérir par première intention. Il a vu, en outre, cinq ou six cas de guérison de plaies avec fractures produites par des balles de fusil chassepot, sans suppuration ni accident sérieux d'aucune sorte.

M. Anger a adopté depuis longtemps pour ligne de conduite de ne jamais toucher aux plaies par arme à feu, quelque soit le calibre du projectile, à moins d'indication spéciale. Il se borne à immobiliser la partie blessée; cette immobilisation doit être absolue et ne doit pas être limitée à l'os fracturé mais étendue à l'articulation située immédiatement au-dessus de la fracture, sans quoi l'immobilisation serait imparfaite. Donc, primitivement, par d'exploration ni de tentative d'extraction; simple immobilisation du foyer de la fracture et de l'articulation située au-dessus; attendre; plus tard on verra s'il y a lieu de pratiquer, le cas échéant, des incisions, des débridements, etc. La conduite contraire donne, suivant M. Anger, les plus fâcheux résultats, et tout chirurgien prudent doit s'en abstenir absolument.

M. VERNEUIL déclare que depuis plus de dix ans il s'abstient de toute intervention dans les plaies et fractures par armes à feu, et il s'est toujours bien trouvé de cette abstention. Les observations relatives à ce côté de sa pratique chirurgicale ont été recueillies par un jeune chirurgien qui en a fait l'objet d'un travail spécial publié récemment.

M. Verneuil est tout à fait de l'avis de ceux qui veulent que la partie où siègent la plaie et la fracture soit immmobilisée autant que possible. Dans les régions où cette immobilisation ne peut être effectuée d'une manière parfaite, comme la poitrine ou le ventre, M. Verneuil fait appliquer sur la plaie un morceau de baudruche collodionnée et entoure la région d'un bandage de corps convenablement serré.

M. Verneuil n'a observé qu'un seul accident grave produit par une balle de revolver. C'était sur un marchand de vins qui avait reçu par mégarde un coup de pistolet imprudemment tiré. La balle pénétra malencontreusement dans le canal vertébral et y causa une lésion grave de la moelle à laquelle le blessé succomba rapidement.

M. TERRIER pense que la gravité des accidents produits par une blessure par arme à feu dépend moins, dans une certaine mesure, du calibre du projectile que de la partie où ce projectile va se loger. Il a vu un individu périr à la suite d'une blessure produite par un simple grain de plomb qu'il avait eu la malheureuse chance de recevoir dans le bulbe rachidien.

Le rapport de M. Le Dentu soulève une importante question de doctrine. Il y a quelque dix ans, il était admis universellement dans les livres classiques comme règle absolue de conduite que, lorsqu'on avait affaire à une plaie par arme de guerre, il fallait avant tout aller à la recherche du projectile et en pratiquer l'extraction. Depuis la guerre de 1870 à 1871, on est revenu de cette pratique. Dans l'ambulance dirigée par M. Trélat et à laquelle M. Terrier était attaché pendant la guerre, jamais M. Trélat ni les chirurgiens placés sous ses ordres ne se sont livrés à des tentatives d'exploration, de recherche ou d'extraction des projectiles quand celui-ci ne se présentait pas, pour ainsi dire, sous la main. On laissait les parties en place et on les immobilisait le mieux que l'on pouvait. La règle de conduite aujourd'hui géné-

rale est l'abstention, à moins d'indications spéciales. On ne voit plus les chirurgien se livrer, comme autrefois, à de véritables débauches d'incisions, de débridements et de délabrements des tissus sous prétexte de recherche et d'extraction des projectiles. Telle est la question intéressante de doctrine et de pratique chirurgicale que soulève le rapport de M. Le Dentu.

Tout le monde est d'accord, dans la Société de chirurgie, pour admettre que dans les plaies par arme à feu des membres il faut immobiliser les parties; mais ce précepte n'est pas nouveau. M. Terrier a vu un grand nombre de blessés français qui avaient été recueillis sur les champs de bataille et pansés par les chirurgiens allemands, puis dirigés sur les ambulances françaises, arriver avec des appareils immobilisateurs occupant toute l'étendue du membre fracturé. Ce sont les Allemands qui, les premiers, nous ont montré que, dans toute lésion traumatique grave, il faut immobiliser dans une grande étendue. Dans les plaies des cavités viscérales, il est bien évident que cette condition essentielle ne peut être réalisée.

En ce qui concerne les plaies et fractures produites par des projectiles de plus fort calibre que les balles de revolver, les balles de fusil chassepot, par exemple, les mêmes règles sont applicables, suivant M. Terrier; dès l'année 1870-1871, M. Trélat et les chirurgiens de son ambulance ne se mettaient pas en peine d'aller à la recherche des projectiles pour les extraire.

M. Desprès pense qu'il n'y a pas lieu de mélanger les deux questions des gros et des petits projectiles. En effet, les plaies produites par les projectiles de petit calibre n'ont pas la gravité de celles que font les projectiles plus volumineux, quelles que soient les parties blessées. Les blessures faites par les balles de fusil chassepot n'ont pas la bénignité de celles que font les balles de revolver. Il faut donc séparer ees deux questions.

Quant à l'immobilisation dans les appareils, appliquée au traitement des plaies d'armes à feu, elle paraît à M. Desprès une méthode mauvaise; une fois sur trois, elle détermine la gangrène des parties. Les appareils plâtrés des Prussiens, dont M. Terrier a fait l'éloge, ont souvent produit des accidents déplorables de sphacèle des tissus qu'ils comprimaient. M. Desprès est partisan de l'immobilisation, qui est la condition essentielle de la cicatrisation des plaies; mais il ne veut pas des appareils sous lesquels les tissus comprimés se mortifient.

M. Chauvel admet le principe général de l'abstention dans les plaies par armes à feu. Mais, dans certains cas, par exemple lorsque la blessure est faite par une arme tirée à très courte distance, on a constaté qu'il se produisait des fractures tellement comminutives qu'il était impossible d'en obtenir la réunion par première intention. Il semble à M. Chauvel que la question de l'interventiou immédiate doit être réservée dans les cas de fracture comminutive.

M. Le Dentu fait observer que la discussion s'est beaucoup écartée de son point de départ. Il ne s'agit, en effet, dans le travail de M. Dieuze, qui a provoqué cette discussion, que de deux cas de fracture de l'humérus produite par des projectiles de petit calibre. Les plaies résultant de l'action de projectiles de gros calibre constituent une deuxième question de laquelle l'auteur n'a pas dit un seul mot.

Il n'est pas non plus question, dans le travail de M. Dieuze, de la recherche des projectiles; les observations contenues dans ce travail sont, en effet, des cas de plaies à deux ouvertures, l'une d'entrée, l'autre de sortie, dans lesquels, par conséquent, il n'y a pas lieu de faire la recherche d'un projectile absent.

Quant à la question de conservation soulevée par M. Chauvel, M. Le Dentu pense qu'il est des cas où, si conservateur que l'on soit, il faut sacrifier le membre, lorsque, par exemple, os et parties molles sont broyés. L'amputation immédiate est alors la seule méthode conservatrice possible.

Dans les cas de plaie par petit projectile, sans présence du projectile dans les tissus, la règle est de ne pas intervenir par des recherches et des explorations intempestives, mais d'attendre. Plus tard, s'il se produit des accidents, se posera la question des indications ou des contre-indications des débridements.

Il n'y a pas lieu de parler des cas de plaies des viscères, ni des cas de plaies que l'on pourrait qualifier de *malheureuses*, comme celui dans lequel un grain de plomb a pénétré dans le bulbe rachidien, ou bien encore de ceux dans lesquels la plaie se complique d'accidents graves ou mortels. Ces cas, en effet, sortent des conditions ordinaires des plaies produites par des projectiles de petit calibre et les mêmes règles ne sont plus applicables.

M. Théophile Anger dit qu'il a actuellement, dans son service de l'hôpital Cochin, un individu qui a reçu à la nuque un coup de fusil chargé à plomb; le projectile a déterminé des phénomènes semblables à ceux que l'on produirait, dans un laboratoire, en pratiquant sur un animal l'hémisection de la moelle. Il s'est produit une hémiplégie complète avec hémianesthésie du côté droit et un peu d'anesthésie de l'autre côté. M. Anger invite ses collègues

à aller voir, dans son service, ce cas curieux de vivisection et d'hémisection de la moelle chez l'homme.

— M. Nicaise fait un rapport sur une observation de kyste synovial du poignet opéré avec succès par M. le docteur Halmagrand (d'Orléans). La tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon. Ce chirurgien en pratiqua l'excision en respectant les adhérences que la tumeur avait contractées avec le tendon du long fléchisseur du pouce. Trois mois après, la guérison s'était parfaitement maintenue. Il s'agit là d'une petite opération qui, autrefois, passait pour très grave et qui, aujourd'hui, peut être considérée comme bénigne, grâce au pansement antiseptique. Toutefois, il y a lieu, suivant M. Nicaise, de préférer à l'excision soit l'écrasement, soit la petite ponction sous-cutanée, qui suffisent le plus souvent à la guérison radicale du kyste synovial.

— M. Le Dentu présente un liquide qu'il a extrait des deux tuniques vaginales d'un malade de son service. Ce liquide est semblable, par son aspect, à du pus ou plutôt à de la sérosité purulente; or, l'analyse a permis de constater qu'il était uniquement constitué par de la graisse. Chez le malade, il n'existait pas de lésion du testicule ou de l'épididyme; on ne peut, en conséquence, attribuer la présence de ce liquide à la transformation en graisse du pus d'un abcès froid; c'est là un cas peu fréquent. Le sujet est un individu originaire de Nossi-Bé (Nouvelle-Calédonie).

— M. le docteur Zancarolle lit un travail relatif à 81 cas d'opérations de calculs urinaires qu'il a pratiquées à l'hôpital grec d'Alexandrie d'Egypte.

Dans ce mémoire, M. le docteur Zancarolle établit un parallèle entre les résultats qu'il a obtenus par divers modes opératoires, la taille, la lithotritie ordinaire et la méthode désignée sous le nom de *litholapaxie*.

Cette dernière méthode, de date récente, consiste dans l'aspiration des fragments du calcul vésical après broiement en une seule séance.

L'auteur explique le grand nombre (81) d'opérations de calculs vésicaux qu'il a été à même de pratiquer en quelques années à l'hôpital grec d'Alexandrie, par cette circonstance particulière que le calcul vésical est très fréquent chez les Egyptiens indigènes. On attribue cette fréquence à l'eau du Nil non filtrée dont le Fellah fait usage. Cette eau serait le véhicule d'un parasite spécial, de l'ordre des trematodes, le *Distoma hematobium*, parasite à sexe distinct, dont on rencontre habituellement les œufs dans les urines des indigènes des bords du Nil. Ces œufs, pondus en prodigieuse abondance dans les veines porte, mésaraïques, hémorrhoïdales et vésicales, s'accumulent dans ces dernières et se déposent dans le tissu sous-muqueux vésical en amas considérables qui soulèvent la muqueuse, la distendent, la perforent en plusieurs points, donnent lieu à des hématuries fréquentes et rebelles, à des ulcérations villeuses, végétantes, fongoïdes qui, dans un milieu rendu propice à la décomposition des urines, s'encroûtent par plaques d'étendue variable, assez grandes parfois pour recouvrir la paroi de la cavité vésicale tout entière comme d'un enduit continu. Les incrustations qui tapissent les villosités se détachent par plaques, s'agglutinent, s'agglomèrent et forment le noyau primitif d'un calcul qui s'accroît graduellement par dépôts stratifiés successifs. Maintes fois M. Zancarolle a pu reconnaître dans les fragments des calculs, des œufs de distoma et des coques brisées.

M. Zancarolle a donc pratiqué 81 opérations pour des calcules vésicaux, savoir : 54 opérations de taille, 13 lithotrities ordinaires et 14 litholapaxies (aspiration, après broiement, des fragments des calculs).

Les 14 cas de litholapaxie ont donné 12 guérisons complètes et rapides et 2 morts, soit une mortalité proportionnelle de 14,30 p. 100.

Sur 13 cas de lithotritie ordinaire, M. Zancarolle a eu 11 guérisons complètes; 1 opéré est sorti avant d'être complètement guéri; mais, tout bien considéré, la lithotritie est inférteure à la litholapaxie. Sur 54 cas de taille latéralisée, il a eu 9 morts, 16,50 p. 100.

Après avoir analysé avec détails les observations qui font la base de son travail, M. Zancarolle arrive à cette conclusion que, pour des pierres dont le poids varie entre 1 et 35 grammes, la litholapaxie est susceptible de fournir des résultats aussi heureux que la taille, avec la perte de sang en moins et le bénéfice en plus d'un séjour moindre à l'hôpital.

Dans les cas de calculs dont le poids était compris entre 36 et 60 grammes, la taille a donné 3 morts et 10 guérisons, c'est-à-dire une mortalité de 20 p. 100. M. Zancarolle pense qu'il serait arrivé à beaucoup mieux par la litholapaxie. D'après les résultats obtenus par MM. Bigelow, Tompson et Félix Guyon, il déclare qu'il n'hésiterait pas, pour son compte, à élargir le champ de la litholapaxie et à l'appliquer aux calculs de 35 à 60 grammes.

En ce qui concerne les calculs qui dépassent 60 grammes, il continuerait de les extraire par la taille de préférence à la litholapaxie.

Outre la condition de volume des calculs, deux autres conditions sont nécessaires pour le succès de la litholapaxie : 1° une vessie tolérante après chloroformisation; 2° un canal de l'urèthre dilaté ou dilatable; si ces deux conditions venaient à manquer, il faudrait donner la préférence à la taille.

Cette communication est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Delens, Panas et Guyon.

D[r] A. TARTIVEL,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## COURRIER

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Par suite de la retraite de M. Cusco, qui vient d'atteindre la limite d'âge, une place de chirurgien se trouve vacante à l'Hôtel-Dieu, et entraîne diverses mutations sur lesquelles la Société des Chirurgiens des hôpitaux s'est prononcée dans sa séance annuelle du 24 novembre 1881. A partir du 1[er] janvier 1882,

M. Le Fort quitte l'hôpital Baujon et devient chirurgien de l'Hôtel-Dieu;
M. Labbé quitte Lariboisière et passe à Beaujon;
M. Benjamin Anger passe à Lariboisière;
M. Terrier quitte la Salpêtrière pour Saint-Antoine;
M. Terrillon prend le service de la Salpêtrière;
M. Berger, chirurgien du Bureau central, devient titulaire et prend le service de Lourcine.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des prix des internes.* — Le concours vient de se terminer pour la 2[e] division (internes de 1[re] et de 2[e] année) par les nominations suivantes :

*Médaille d'argent* : M. Thibierge; *accessit* : M. Chantemesse; *première mention* : M. Geffrier; *deuxième mention* : M. Berne.

Les candidats avaient eu à traiter, comme composition écrite, le sujet suivant : *Artères du cerveau; diagnostic de la paralysie générale.*

Voici quels ont été les sujets des épreuves orales.

Pathologie externe : *Plaies des artères.*

Pathologie interne : *De la péritonite tuberculeuse.*

*Concours de l'internat.* — Les questions orales données jusqu'ici à ce concours sont les suivantes :

1° Vésicule biliaire; symptômes et diagnostic de la colique hépatique.
2° Muqueuse de la langue; muguet.
3° Sinus de la dure-mère; symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.
4° Articulation radio-carpienne; symptômes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius.
5° Nerfs de la main; atrophie musculaire progressive.
7° Muscle psoas; symptômes et diagnostic des abcès par congestion.
8° Orifice aortique; symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique.
9° Glandes et papilles de la peau; complications de la rougeole.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le jeudi 26 janvier 1882, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 19 décembre 1881 et fermé le lundi 9 janvier 1882, à trois heures.



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C[e], rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie de médecine*, 13 décembre. — Il faut noter au passage quelques paroles de M. Henri Gueneau de Mussy, où la propagation de la fièvre typhoïde par le lait, annoncée dans la dernière séance par M. Noël Gueneau de Mussy, est affirmée de nouveau et démontrée par des faits probants.

Les « gens du monde » ont la terreur facile, comme on l'a vu l'hiver dernier. Il avait été fort question des trichines; en même temps, les microbes de M. Pasteur faisaient parler d'eux; dans beaucoup d'esprits s'opéraient des rapprochements bizarres, un mélange confus de tous les petits organismes évoqués par les savants; on avait grand'peur de cette vermine, et le résultat presque inouï, mais avoué par les plus naïfs, était celui-ci : dans les soirées et dans les bals, les piles de sandwichs restaient sans consommateurs.

Nous ne croyons pas que le public s'émeuve à un pareil degré des faits graves que viennent de produire MM. Henri et Noël Gueneau de Mussy. Les Parisiens sont blasés sur le mauvais lait; les virus que cette fade sérosité leur apporte n'ont plus d'action sur des organismes auxquels une longue accoutumance a conféré l'immunité. Si cependant la crainte de propager une maladie redoutable pouvait amener quelque progrès dans la fabrication de ce liquide, nous devrions remercier l'Académie d'avoir soulevé une intéressante question d'hygiène.

M. Léon Colin continue la discussion sur les relations pathogéniques du paludisme et du diabète. La statistique médicale de l'armée prouve que chez les militaires atteints de fièvre intermittente, le diabète vrai s'observe très rarement. Et cependant, dit l'orateur, les médecins militaires apportent la plus grande attention à l'examen des urines et des reins. Il ajoute que les réveils de la malaria, après un long intervalle de santé parfaite, sont exceptionnels; que le traumatisme ne fait pas courir aux paludiques de si grands dangers; enfin, que certains praticiens ont abusé des accidents anormaux du paludisme, en leur attribuant une fréquence exagérée.

En résumé, M. Colin apporte quelques réserves aux assertions de M. Verneuil sur divers points de l'histoire du paludisme, et cherche à les atténuer sans les détruire. Quant à la question de pathogénie qui fait le fond du débat, en l'absence de faits

# FEUILLETON

## UNE RÉFORME SUR LE CHOIX DES MÉDECINS EXPERTS DEVANT LA JUSTICE CRIMINELLE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUARDEL,

Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Très honoré maître,

Je sors de la Cour d'assises, et, sous l'impression de ce que je viens de voir et d'entendre, je me demande comment aujourd'hui, où l'on fait tant de réformes qui ne sont pas nécessaires, il ne s'est encore trouvé personne pour en réclamer une des plus utiles et des plus urgentes, car elle intéresse en même temps que la justice, la liberté, la vie et l'honneur des citoyens, je veux parler du choix des médecins requis par le ministère public pour des expertises médico-légales.

Examinons la question sous toutes ses faces.

D'abord ce qui est :

Dans quelques grandes villes comme Paris, Lyon, Rennes, etc., les expertises médico-légales sont habituellement très bien faites. Placés sur un grand théâtre, ayant de nombreux sujets d'études, les médecins désignés par le parquet sont des maîtres ou ne tardent pas à le devenir, et leurs rapports sont la plus haute expression de la science. Mais, à part ces villes privilégiées, on se préoccupe peu de savoir si le médecin expert a les connaissances nécessaires pour le rôle qu'il doit remplir. Dans quelques tribunaux on prend le premier venu; le plus

démonstratifs, elle demeure suspendue. Mais sans doute M. Verneuil, serré de près par de sérieux adversaires, se défendra mardi prochain.

La séance continue avec M. Panas, qui vient exposer à l'Académie les brillants résultats d'une élongation du nerf sciatique.

Puis M. Alphonse Guérin nous transporte à cent lieues de là, en décrivant à sa manière « le dernier temps de l'excrétion de l'urine et du sperme. » C'est un sujet qui lui tient au cœur depuis 1849, époque où il donna le jour à une théorie qui, n'étant connue de personne, est toujours nouvelle. En peu de mots, la voici : d'après tous les auteurs, le muscle bulbo-caverneux est l'agent qui assure l'expulsion des dernières gouttes de l'urine et du sperme, en comprimant l'urèthre. M. Guérin n'a jamais compris comment la contraction du bulbo-caverneux pouvait avoir ce résultat, car elle ne s'exerce pas sur la partie antérieure du canal. Si « la nature » avait assigné à ce muscle un pareil usage, « elle l'aurait prolongé jusqu'au méat. » Mais les choses ne vont pas ainsi : le bulbo-caverneux, en comprimant le bulbe de l'urèthre, pousse le sang dans les mailles du corps spongieux; celui-ci est distendu, la muqueuse refoulée en dedans, et le canal s'efface. En d'autres termes, c'est le sang qui, projeté dans le tissu érectile de l'urèthre par la contraction musculaire, comprime la partie antérieure du canal et achève l'expulsion de l'urine. A l'appui de ces idées, M. Guérin a fait des expériences cadavériques, en remplaçant le bulbo-caverneux par une seringue, et l'urine par un courant d'eau.

Toutes les fois que le sang afflue dans le tissu érectile de l'urèthre, le canal se rétrécit et le cathétérisme est difficile; on est obligé d'attendre, pour introduire la sonde. que le spasme cède et que le sang puisse refluer. Il suit de là que, dans nos services de chirurgie, « les hommes sont toujours sondés avec difficulté par les élèves d'un autre sexe. »

Ainsi termine M. Guérin. Mais la dernière phrase, qui n'était pas lue, ne figurera pas au Bulletin de l'Académie. L.-G. R.

## THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

### DE LA SCLÉROTOMIE (1),

Par le docteur A. Dehenne, professeur libre d'ophthalmologie.

En général, il est préférable de faire la sclérotomie en bas. Wecker le recom-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 6 et 10 décembre.

souvent, il y a un médecin attaché au parquet. On l'a choisi tantôt à cause de sa notoriété, tantôt parce qu'il est le médecin des magistrats de la localité; mais, en son absence, on s'adresse à celui de ses confrères que l'on a sous la main. Tant que les expertises sont simples, tout va bien; mais advienne un cas difficile, qui exige des connaissances très précises, je dirai même spéciales, si l'expert ne les possède pas, son insuffisance éclate au grand jour : à l'audience une contre-expertise se produit, un débat contradictoire s'engage entre les médecins des deux parties, débat lamentable à tous les points de vue, et le jury, ne sachant lequel a raison d'Hippocrate ou de Galien, acquitte l'accusé.

On vient de découvrir un cadavre dans une campagne, on croit reconnaître des traces de violences, la rumeur publique désigne déjà l'assassin. Le juge de paix, escorté du gendarme, requiert le médecin du bourg afin qu'il fasse tout de suite son rapport sur la cause présumée de la mort. Depuis quarante ans qu'il exerce, ce bon praticien a bien été appelé à constater les bleus ou les noirs que se sont faits quelques ivrognes en se querellant après boire; mais jamais il ne s'est trouvé en présence d'un cas aussi difficile, et, depuis le temps où il suivait le cours d'Adelon, il n'a pas ouvert un livre sur la médecine légale, qu'il ne savait déjà pas trop au moment où il a passé son examen pour le doctorat. Il voudrait bien être dispensé de cette corvée, dont il ne se dissimule pas les conséquences; il faudra aller déposer à la Cour d'assises, être discuté par les avocats; mais, devant la majesté de la force publique, il n'ose se récuser, et, tout en maugréant, il obéit au mandat impératif du juge de paix. Il fait un rapport ambigu, tortueux, qui ne dit ni oui ni non. D'ailleurs, il est Normand ! Mais la nouvelle du crime est arrivée au tribunal; le juge d'instruction organise la descente de justice; l'officier de gendarmerie, le greffier sont convoqués; on court chez le médecin habituel du parquet.

mande « car, dit-il, on évite de tirer l'œil fortement en bas pour le fixer, et d'accroître ainsi la tension oculaire. L'œil se portant chez la plupart des malades énergiquement en haut, on peut avec bien plus de sûreté conduire la pointe du sclérotome à travers la chambre antérieure, ce qui nécessite beaucoup de soins dans les cas où l'iris se trouve poussé fortement contre la cornée. » Dans son *procédé*, *Wecker*, après avoir fait la ponction et la contre-ponction, relève légèrement en haut le manche du sclérotome (la section étant faite près du bord inférieur de la cornée), afin de diriger la pointe du sclérotome vers la membrane de Descemet et l'angle iridien, au fur et à mesure que l'humeur aqueuse s'écoule. Le *procédé d'Abadie* diffère de celui que j'ai décrit plus haut, en ce que les incisions de la sclérotique, aux points d'entrée et de sortie, sont beaucoup plus étendues. Il ne ménage qu'un petit point de tissu sclérotical aussi étroit et aussi mince que possible. Il va même jusqu'à conseiller de ne ménager que *la conjonctive et le tissu épiscléral*. Ce traumatisme me semble bien considérable, et les prolapsus de l'iris me paraissent devoir se produire facilement. Ce qu'il y a de certain, c'est que je laisse un point sclérotical bien plus étendu, et, jusqu'à présent, je suis toujours arrivé à réduire notablement la pression oculaire et à enrayer les accidents glaucomateux par l'incision de 2 millimètres de hauteur.

*Galezowski* pratique la *sclérotomie cruciale*. Voici comment il décrit son procédé : « Le malade étant couché et les paupières écartées avec un blépharostat, je saisis le globe de l'œil avec une pince à fixer à l'angle externe, et je l'attire le plus possible vers la commissure externe des paupières. Avec le couteau de Graefe, je fais alors la ponction de la sclérotique à 3 ou 4 millimètres (?) du bord de la cornée dans le diamètre horizontal, le tranchant tourné en avant; je pousse le couteau dans la sclérotique vers la chambre antérieure, et j'incise la sclérotique d'arrière en avant, un demi-centimètre sur la sclérotique et autant sur la cornée. Séance tenante, je fais les mêmes incisions au bord inférieur, au bord externe et au bord supérieur de la cornée. La deuxième incision peut présenter quelques difficultés d'exécution en raison de la disparition de la chambre antérieure et du peu de résistance que présente à ce moment le globe oculaire. Lorsque l'œil est très enfoncé et le bord sourcilier très saillant, on est alors obligé de se servir de mon couteau coudé pour l'exécution de ce dernier temps de l'opération. » (*Recueil d'ophthalmologie*, juillet 1880).

M^me^ B... vient me consulter à la clinique au mois de janvier 1881. Depuis un an, elle a vu

---

Il est à voir ses malades; il ne rentrera que dans la soirée. Au lieu de faire cette autopsie aujourd'hui, il la fera demain. Le mal n'est pas grand; le cadavre sera toujours là, et puisqu'on a confiance dans ses lumières, mieux vaut un retard de quelques heures que de s'adresser à un inconnu qui n'a pas encore fait ses preuves. Tel est le raisonnement qui se présente naturellement à l'esprit de toute personne qui tient à son médecin, parce qu'il lui a déjà donné des garanties de capacité. Eh bien, tel n'est pas, en général, le raisonnement du parquet. Il lui faut un médecin, et l'on va de porte en porte jusqu'à ce qu'il soit trouvé. Cette recherche est parfois laborieuse. Je connais des confrères, ce sont à mon sens des habiles, qui ont donné pour consigne à leur domestique de répondre invariablement à tout émissaire de la justice, qu'ils sont à faire un accouchement. On a donc rencontré un médecin. Il ne s'est jamais occupé de médecine légale, il en ignore les difficultés; mais, après tout, faire une autopsie, découvrir la cause de la mort, n'est pas chose si difficile, et puis, ce sera une occasion de se mettre en évidence, et ici, ce sentiment n'a rien de blâmable; d'ailleurs, refuser en pareille occurrence, ne serait-ce pas faire preuve d'incapacité, et peut-être même indisposer contre soi le magistrat qui requiert. Bref, le médecin accepte, fait les constatations qui lui sont demandées, et, comme l'instruction sommaire dont il est témoin paraît établir de toute évidence la cause de la mort, il néglige de faire une autopsie complète. Puis, lorsqu'au jour de l'audience son rapport sera discuté, au lieu de preuves, il sera réduit à donner des affirmations, affirmations qui pourront entraîner la conviction du jury, mais par cela même dangereuses; car, en médecine légale, toute affirmation de l'expert doit reposer sur une preuve palpable, évidente, matérielle, et l'on verra des condamnations prononcées sans que la cause de la mort ait été démontrée matériellement.

sa vue baisser des deux côtés. La diminution de l'acuité visuelle a été plus marquée à gauche : à part quelques petites douleurs névralgiques, elle n'a jamais réellement souffert. La tension des yeux est légèrement augmentée. Les veines ciliaires sont très dilatées, variqueuses; le champ visuel nasal est rétréci. A l'examen ophthalmoscopique, l'excavation glaucomateuse est parfaitement caractérisée. Le diagnostic de glaucome chronique simple n'est pas discutable. Une double sclérotomie est aussitôt proposée. La malade demande à réfléchir. Six mois après, elle se représente; les phénomènes constatés le jour de son arrivée avaient augmenté d'intensité. L'acuité visuelle surtout avait notablement baissé. Pour l'œil gauche, l'acuité était descendue à 1/10, à droite était égale à 1/7. Elle se décida à subir l'opération qui lui était proposée, et une double sclérotomie fut pratiquée le 4 juillet de cette année par le procédé indiqué plus haut. La tension diminua aussitôt; la malade ne souffrit pas des suites de l'opération. Dès le soir même, elle pouvait être débarrassée de son pansement qu'on remplaça par des lunettes bleues. Huit jours après, le champ visuel s'était notablement agrandi et l'acuité visuelle avait remonté. A l'ophthalmoscope, l'excavation semblait moins profonde. Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, l'œil a conservé sa tension normale; le glaucome paraît être définitivement enrayé. En tout cas, à la moindre alerte, il suffirait de pratiquer de nouveau une sclérotomie, opération absolument inoffensive, et qui, comme nous l'avons fait remarquer, a sur l'iridectomie l'avantage de pouvoir être répétée plusieurs fois sans inconvénient pour l'œil.

Mme T... s'est présentée à la clinique au mois de juin, dans des conditions analogues à celles de la malade dont nous venons de raconter l'histoire. Chez elle, pourtant, l'affection plus ancienne avait amené des troubles fonctionnels plus marqués. Une double sclérotomie pratiquée aussitôt donna des résultats presque inespérés. La tension, qui était notablement augmentée avant l'opération, redevint normale aussitôt après. L'acuité visuelle a remonté et le champ visuel s'est agrandi.

Nous possédons encore trois observations du même genre. Les répéter nous exposerait à des redites inutiles. Dans aucun de ces cinq cas, nous n'avons eu d'accidents à déplorer, et les hémorrhagies, toujours si redoutables dans le glaucome, et qui se produisent assez facilement à la suite de l'iridectomie, n'ont pas été notées une seule fois. Il est bien entendu que nous faisons ici allusion aux hémorrhagies profuses qui ne se résorbent que très difficilement et qui, souvent, amènent la perte totale de l'œil, car on ne peut noter comme hémorrhagie quelques gouttes de sang qui se répandent dans la chambre antérieure et qui, le plus souvent, ont complétement disparu quelques heures après l'opération.

Parmi ces observations de glaucome chronique simple, nous citerons plus spécialement celle d'une religieuse d'une ville du Midi, où les complications hémor-

---

Loin de moi la pensée que les médecins attachés aux tribunaux de première instance ne sont pas à la hauteur de la mission qui leur est confiée; mais il suffit que les choses puissent se passer comme je viens de le dire, et je l'affirme, parce que j'en ai été témoin, pour que l'on doive à tout prix en empêcher le retour. J'ai fréquemment entendu des magistrats se plaindre de la manière dont sont faits les rapports médico-légaux et de la façon dont les médecins déposent devant la Cour. Mais, à qui la faute?

On peut être un médecin fort instruit, un très bon praticien et être un ignorant en médecine légale. Cette branche des sciences médicales emprunte bien, il est vrai, la plupart de ses éléments aux connaissances générales de la médecine, mais elle exige des connaissances très spéciales qu'un médecin négligera, soit faute de goût, soit faute de temps, soit que, n'étant pas attaché au parquet, il ne prévoie pas l'occasion de les appliquer; et franchement, peut-on demander à tout médecin de se tenir en haleine, d'être au courant du tous les travaux, de toutes les recherches médico-légales, parce qu'une fois dans sa vie, on lui demandera un rapport qui lui sera payé 3 francs! Il est évident que l'insuffisance du médecin expert, quand elle existe, s'explique, je dirai plus, est légitimée fréquemment et par la situation qui lui est faite et par la manière dont on le recrute.

Comment remédier à cet état de choses?

Les Allemands, qui, malheureusement pour nous, sur bien des questions ont été nos maîtres, nous donnent encore ici un exemple à suivre. Ils ont compris que pour être un bon médecin légiste, il faut d'abord savoir la médecine légale, puis avoir l'occasion d'en faire et d'en faire beaucoup, de même que pour être un bon accoucheur, il faut faire beaucoup d'accouchements. Aussi ont-ils des médecins spécialement chargés de toutes les expertises médico-légales,

rhagiques étaient à craindre à cause des phénomènes congestifs qu'elle présentait très souvent du côté de la tête. Les veines rétiniennes étaient distendues et flexueuses. Néanmoins, on ne constatait pas d'irruption sanguine dans le tissu rétinien. La sclérotomie amena à peine quelques gouttes de sang dans la chambre antérieure, et encore avaient-elles complétement disparu le soir même de l'opération.

Dans quatre cas de glaucome absolu avec perte totale de la vision, la sclérotomie a instantanément calmé les douleurs qui accablaient les malades depuis plusieurs années, et qui ne se sont pas reproduites depuis plusieurs mois.

Pour les glaucomes secondaires ou consécutifs, la sclérotomie ne s'est pas montrée moins efficace. Nous avons eu l'occasion de recueillir cinq observations; une de celles qui nous ont paru les plus intéressantes a été relatée plus haut. (Voir observation de Mme Simon : Luxation traumatique d'un cristallin cataracté; poussées glaucomateuses; douleurs violentes, etc., etc.....)

L'observation suivante peut être considérée comme un type de glaucome secondaire consécutif à un leucome adhérent, et enrayé par la sclérotomie.

M. Duché, tailleur de pierres, âgé de 56 ans, vient à la clinique au mois de février dernier. Huit jours auparavant, il avait reçu un éclat de pierre qui lui avait blessé la cornée de l'œil gauche : une immense ulcération occupe le centre de cette membrane, qui est infiltrée de pus dans les deux tiers de son étendue. Un lambeau d'iris fait hernie dans une perforation occupant le centre même de l'ulcération. Un hypopion considérable remplit la chambre antérieure. L'œil est rouge, tendu, très douloureux; une paracentèse est immédiatement pratiquée et des instillations d'ésérine au 3/100 sont ordonnées; compresses d'eau de camomille chaude; vésicatoire volant à la tempe, etc.....

Sous l'influence de ce traitement, tout rentre dans l'ordre presque immédiatement, et, au bout de trois semaines, il ne reste comme vestiges de ce gros traumatisme qu'un vaste leucome adhérent occupant les deux tiers de la cornée. Je me proposais de pratiquer plus tard une iridectomie destinée à libérer l'iris et à placer une pupille optique devant une des parties de la cornée restées transparentes, lorsque tout à coup M. Duché fut pris de douleurs extrêmement violentes. L'œil était devenu dur comme une bille de marbre; la conjonctive était très enflammée.

En même temps, toute sensation lumineuse avait complétement disparu. Je pratiquai sur-le-champ une sclérotomie qui calma instantanément la douleur et abaissa la tension exagérée du globe de l'œil. Depuis ce jour, le malade n'a plus souffert, et, chose que nous avons déjà eu occasion de constater maintes fois, le leucome a diminué d'étendue; aujourd'hui, on peut

---

En France, pourquoi n'aurions-nous pas au chef-lieu de chaque département un médecin égiste et un ou deux médecins adjoints suivant l'importance du service, afin qu'il fût toujours assuré? Ce médecin, ou à son défaut un de ses adjoints, serait chargé de toutes les expertises médico-légales du département ayant quelque importance. Grâce aux nombreuses voies de communication qui sillonnent tout le pays, il lui serait toujours facile de se transporter sur les points ou sa présence serait jugée nécessaire. Ainsi, supposons qu'un crime soit commis à dix ou quinze lieues du chef-lieu; le médecin de la localité constate simplement que la mort n'est pas naturelle et est probablement le résultat d'un crime. Tout médecin est apte à faire cette constatation. Alors, s'il y a lieu de pratiquer l'autopsie et de faire des recherches médico-légales, le magistrat fait mander au chef-lieu le médecin expert. Cette charge ne serait pas une sinécure, il faudrait par conséquent qu'elle fût suffisamment rétribuée; ce serait d'ailleurs le moyen de la voir recherchée par des hommes de valeur, et puisqu'il est question aujourd'hui de réorganiser la magistrature, de diminuer le nombre des magistrats, ne pourrait-on pas trouver dans les sommes qui vont être disponibles par suite de la suppression de certains emplois, les éléments d'honoraires convenables pour les médecins légistes, sans imposer au budget de nouvelles charges.

Le médecin légiste devrait être nommé au concours, en dehors de toute influence locale, personnelle ou politique. Ce qu'il faut, c'est un médecin qui sache la médecine légale. Or, pour s'en assurer, il n'y a pas d'autre moyen que le concours, et plus d'un jeune médecin, sachant que dans le département où il ira se fixer il y a, ou il y aura prochainement une place vacante, serait heureux de la conquérir au début de sa carrière, et dès l'École il se préparerait à la lutte.

Ce projet, dont je viens à peine d'esquisser les principales lignes, mais dont il est facile

constater à la partie inférieure de la cornée une portion transparente à travers laquelle les rayons lumineux passeront avec la plus grande facilité lorsque l'iridectomie aura été pratiquée.

A cette observation, nous pourrions joindre celles de M. V..., employé d'octroi (leucome adhérent, suite d'ophthalmie purulente; poussées glaucomateuses avec douleurs violentes; sclérotomie; succès); — de Mme Z..., rentière (leucome adhérent; glaucome secondaire ancien; perte absolue de la vision; douleurs très violentes; refus absolu de laisser pratiquer l'énucléation; sclérotomie qui calma les douleurs).

Depuis que ce travail est terminé, j'ai pratiqué trois sclérotomies pour des glaucomes chroniques simples (S=1/100). Je n'ai eu qu'à m'en louer. Les malades n'ont plus souffert, et, chaque jour, on peut constater une amélioration de la vision. Le procédé que j'emploie me paraît très aisé à mettre en pratique et, jusqu'à ce jour, il ne m'a donné que des succès.

## BIBLIOTHÈQUE

**LE MONDE PHYSIQUE**, par Amédée GUILLEMIN. — Tome second, LA LUMIÈRE, — contenant 27 grandes planches tirées à part, dont 13 en couleur, et 353 vignettes insérées dans le texte. — Grand in-8° de 670 pages. — Paris, librairie Hachette.

L'auteur de ce beau volume a divisé son sujet en deux parties parfaitement distinctes quoique très intimement liées l'une à l'autre. Cette division rationnelle et lumineuse — le mot est bien ici à sa place — facilite considérablement la lecture et l'intelligence des théories et des descriptions.

Dans la première partie, il étudie la lumière en elle-même, *les phénomènes et leurs lois* : La lumière dans la nature; — propagation rectiligne de la lumière; — vitesse de propagation de la lumière; — réflexion de la lumière; — réfraction de la lumière; — réfraction dans les prismes et les lentilles; — dispersion de la lumière; — analyse spectrale des corps célestes; — les radiations solaires lumineuses calorifiques et chimiques; — les sources de lumière. Production et transformations des radiations; — qu'est-ce que la lumière? — phénomènes de diffraction; — double réfraction de la lumière; — polarisation de la lumière; — les couleurs des corps; — photométrie; — l'œil et la vision; — la lumière et la vie; — les météores optiques.

---

de comprendre l'économie, aurait pour avantage d'encourager les études médico-légales et de former des médecins présentant aux accusés toutes les garanties que la science et l'expérience peuvent donner, et à la justice toutes les lumières dont elle a besoin pour ses recherches parfois si difficiles.

En appelant l'attention sur un état de choses dont personne ne conteste les inconvénients et les dangers, mais que tout le monde subit, parce qu'il existe, j'ai cherché à indiquer le remède. Je n'ai pas la pensée que ma faible voix s'élève de ce modeste rez-de-chaussée jusqu'aux hautes régions du gouvernement; aussi ai-je pensé que je ne pouvais mieux faire que de vous adresser ces réflexions. Si elles vous semblent justes, si la réalisation vous en paraît possible, à vous, très honoré maître, appartient cette initiative. Vous seul avez assez d'autorité pour être écouté de nos gouvernants, et pour obtenir une réforme à laquelle applaudiront les magistrats et les médecins.

Dr NOTTA, de Lisieux,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

— La Société de médecine de Paris, dans sa séance dernière, vient de renouveler son bureau pour 1882, qui se trouve composé ainsi qu'il suit :

Président, M. Duroziez; vice-président, M. Reliquet; secrétaire général, M. de Beauvais; secrétaires annuels, MM. Delefosse et Henri Bergeron; archiviste, M. Rougon; trésorier, M. Perrin.

Conseil d'administration : MM. Charrier et Gillebert Dhercourt père.

Comité de publication : MM. Abadie, Christian, Thevenot, Thorens et le secrétaire général.

NOTA. — Le banquet annuel est fixé au samedi 21 janvier 1882.

Dans la deuxième partie intitulée OPTIQUE, il passe en revue les *applications des phénomènes et des lois de la lumière* : Les miroirs et les instruments de réflexion ; — les phares ; — le microscope ; — le télescope ; — le stéréoscope ; — la photographie ; — la photographie sur papier et sur verre ; — l'héliogravure et la photolithographie ; — les applications de la photographie.

Tous ces chapitres, où la notion de la lumière se trouve si complétement exposée, comment ont-ils été traités? Il n'y a pas d'hésitation possible : avec un incontestable talent. Le style est clair, à la fois scientifique et simple. C'est une lecture qui repose l'esprit en même temps qu'elle l'instruit.

Si l'on cherche quel est le plus intéressant de ces nombreux chapitres, on est fort embarrassé. Peut-être le plus grand nombre des lecteurs se portera-t-il tout d'abord sur celui qui est intitulé *Qu'est-ce que la lumière?* Dans ce chapitre, l'auteur nous donne un court aperçu historique, puis il aborde la théorie de l'émission et celle des ondulations. Deux mots seulement de cette dernière qui règne aujourd'hui dans la science. Il faut d'abord admettre, hypothétiquement, dans le vide interplanétaire ou intersidéral comme entre les molécules de tous les corps, l'existence d'un fluide éminemment élastique qui a reçu le nom d'*éther*.

« Les sources lumineuses sont des corps dont les molécules se trouvent (dans des conditions spéciales, telles qu'un certain degré de température, des combinaisons chimiques, etc.) animées de mouvements vibratoires périodiques d'une excessive rapidité. Ces vibrations se communiquent à l'éther et s'y propagent sous la forme d'ondes qui sont sphériques dans le vide ou dans les milieux homogènes non cristallisés, mais qui peuvent affecter d'autres formes, être ellipsoïdales par exemple, dans les milieux où l'élasticité de l'éther varie avec la direction, comme dans certains cristaux.

« Pendant qu'une molécule d'éther effectue une oscillation complète correspondant à la vibration d'origine, son mouvement oscillatoire se communique de proche en proche à une file de molécules semblables situées dans la direction d'un rayon de la sphère. Le temps nécessaire au mouvement d'aller et de retour de la molécule éthérée est la *durée de la vibration*, et la distance à laquelle il s'est propagé pendant ce temps, c'est-à-dire la distance entre deux molécules animées de la même vitesse de vibration et dans la même phase oscillatoire, est ce qu'on nomme la longueur d'ondulation ou la *longueur d'onde*. Enfin, la *surface de l'onde* est l'ensemble des points où l'ébranlement lumineux arrive au même instant ; elle est sphérique quand, dans le milieu où la lumière se propage, l'éther a la même élasticité dans tous les sens ; à une grande distance de la source, il est clair que la surface de l'onde peut être considérée comme plane.....

« La valeur moyenne de la longueur d'une onde lumineuse ne dépasse guère la moitié d'un millième de millimètre, de sorte que, dans l'intervalle d'un mètre, il n'existe pas moins de 2 millions d'ondulations. Quant à se figurer le nombre prodigieux des ondes qui se succèdent en une seule seconde, nombre qui est de 600 millions de milliards, cela semble impossible à l'imagination..... »

A la fin de ce chapitre sont exposées les raisons qui ont fait préférer la théorie des ondulations à celle de l'émission : « ..... La théorie des ondulations, dit l'auteur en terminant cette discussion, s'est trouvée assez féconde pour fournir à l'avance l'indication de vérités nouvelles, conséquences nécessaires des principes que l'observation est venue confirmer après coup. »

Beaucoup de lecteurs encore s'attacheront au chapitre consacré à *l'œil et à la vision*. Ici nous pouvons affirmer que ce chapitre, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie, est au niveau de la science de notre époque. On peut le lire en toute sécurité et s'y instruire. On verra avec intérêt les pages curieuses relatives à la *persistance de l'impression lumineuse*, aux *illusions d'optique* et à la *vision chez les animaux*.

Nous n'avons pas besoin de recommander la lecture des chapitres consacrés aux applications des phénomènes et des lois de la lumière, en particulier, du télescope, de la photographie et de ses applications, etc., etc. Ces chapitres seront lus et relus. Mais, dira-t-on, tout cela n'est qu'un exposé de l'état actuel de la science et ne renferme aucune découverte nouvelle. Sans aucun doute ; mais c'est un exposé remarquable par son exactitude et sa clarté. Notre auteur est un savant et habile vulgarisateur. Là est précisément le mérite très grand du livre que nous annonçons, et qui a sa place marquée chez toutes les familles où la science et l'instruction sont en honneur. Les explications, les descriptions y sont généralement appuyées par des figures d'une réelle valeur. On verra, entre autres, avec plaisir les délicieux dessins qui représentent : fig. 1, *La lumière dans la nature. Paysage de la zone tempérée.* — Fig. 2, *La lumière dans les régions polaires. Disparition du soleil.* — Fig. 3, *La lumière dans les régions polaires. Le retour du soleil.* — Fig. 6, *Le clair de terre sur la lune.* — Planche 1, Réflexion de la lumière. *Le lac du miroir* dans la vallée d'Yosemiti (Etats-Unis). — Fig. 218, *Coupe diamé-*

*trale antéro-postérieure de l'œil humain.* — Planches XI et XII, *Le mirage.* — Planche XIII, *Arc-en-ciel double.* — Planche XVIII, *La grande lunette équatoriale de l'Observatoire de Paris.* — Fig. 346, *Agrandissement et lecture des dépêches microscopiques pendant le siège de Paris*, etc., etc. G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

**Séance du 13 décembre 1881. — Présidence de M. Legouest.**

La correspondance comprend une lettre de candidature de M. le docteur Benjamin Ball, pour la section de pathologie médicale.

—

M. Léon Labbé présente, au nom de M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg), une observation intitulée : *Fibro-myôme de l'utérus, hystérectomie, section du pédicule avec des ciseaux après dissection de la tumeur et ligature préalable des vaisseaux ; réduction du moignon, guérison en seize jours sous quatre pansements.*

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de MM. Nicolas, Lacaze et Roussel, une brochure intitulée : *Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale.*

M. de Villiers présente, au nom de M. le docteur Juvantin de Beaurepaire (Allier), une brochure intitulé : *Observation sur l'application de la loi Roussel dans les campagnes.*

M. Lasègue présente, au nom de M. le docteur Coriveaud, médecin-inspecteur des enfants assistés, une brochure intitulée : *Révision de la loi Roussel.*

M. Dujardin-Beaumetz dépose, au nom de M. le docteur Burcq, une brochure sur la *Métallothérapie aux eaux de Vichy.*

M. Hardy présente, au nom de M. le docteur Patay, une brochure intitulée : *Statistique médicale de la ville d'Orléans pour l'année* 1879. Cette brochure contient un fait intéressant relatif à une épidémie de fièvre typhoïde qui se déclara à Orléans et y fit en six mois 79 victimes ; c'est que tous les quartiers de la ville furent frappés par l'épidémie, excepté un, le quartier Saint-Marceau, dont les habitants buvaient de l'eau provenant de la Loire. Tous les autres quartiers se servaient, pour les usages de la boisson, de l'eau provenant de la forêt, et contaminée par les matières des fosses d'aisances de la ville.

M. Gueneau de Mussy (Henri), à l'occasion de la présentation faite dans la dernière séance par M. Noël Gueneau de Mussy, cite un certain nombre de faits dans lesquels il semble évident que la fièvre typhoïde peut être transmise par l'usage du lait contaminé par les germes de la fièvre typhoïde.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la quatrième division.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Ladrey (de Dijon) ; — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bourdier et Schlagdenhauffen.

Le nombre des votants étant de 51, majorité 26, M. Ladrey obtient 36 suffrages, M. Schlagdenhauffen 14, M. Bourdier 1.

En conséquence, M. Ladrey est proclamé membre correspondant national.

—

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) croit devoir présenter quelques observations au sujet de la réponse faite, dans la dernière séance, par M. Verneuil à ses contradicteurs.

Pendant les deux années 1876 et 1877, le chiffre annuel des cas d'impaludisme dans l'armée a été de 16,000, soit 32,000 pour les deux années.

Or, pendant cette période de deux ans, le chiffre des diabétiques décédés s'élève, pour la totalité de l'armée, à 6 seulement; celui des diabétiques réformés, à 14.

Aucun des morts n'appartenait au 19e corps d'armée qui occupe l'Afrique.

Quant aux 14 réformés, ils rentraient tous dans la catégorie des réformés n° 2, c'est-à-dire qu'ils étaient atteints, avant leur incorporation, de la maladie qui motiva en définitive la réforme.

Ainsi, les statistiques recueillies dans l'armée rendent bien peu probable la fréquence des diabètes causés par l'impaludisme, On ne peut pas dire que, si le diabète y paraît si rare, ce

soit faute d'être recherché, car, depuis quelques années surtout, on analyse beaucoup les urines des malades dans les hôpitaux militaires.

Autant que personne, M. Colin croit à la ténacité de l'intoxication palustre, mais ce n'est que dans l'infime minorité des cas que le poison demeure absolument latent durant plusieurs années, et, somme toute, M. Colin s'est toujours demandé si ces explosions, si tardives en apparence, n'étaient pas le fait d'une intoxication palustre nouvelle passée inaperçue.

Les faits cités par M. Verneuil prêtent beaucoup à la critique. Au commencement de ce siècle, certains auteurs, tels qu'Alibert et Mongellys, ne connaissant pas bien l'impaludisme, avaient attribué à cette cause les maladies les plus diverses : surdité, amauroses intermittentes, hallucinations périodiques de tous les sens, etc.

Ils décrivaient des formes hystériques, épileptiques, hémiplégiques, paraplégiques, exanthématiques, rubéoliques, scarlatineuses, etc.

L'affirmation d'une origine paludique était nette surtout quand il s'agissait d'accidents paroxystiques. Tels sont les paroxysmes du croup, de la laryngite striduleuse, de l'œdème de la glotte, de l'asthme, de l'angine de poitrine, etc., autant d'affections que la clinique a dû reprendre, pour ainsi dire, aux généralisateurs qui n'y voyaient que les formes dyspnéiques, pectorales, asphyxiques de la périodicité. N'en a-t-il pas été de même, en raison toujours de l'intermittence des symptômes, des coliques hépatiques et néphrétiques ?

Actuellement encore, à Rome, les médecins du pays donnent souvent à la phthisie le nom de *fièvre pernicieuse hémoptoïque.*

On a également attribué à l'impaludisme le choléra, la peste, la fièvre jaune, toutes les affections dites infectieuses; la cause est bien différente de l'impaludisme.

Les formes pernicieuses des manifestations de l'impaludisme sont relativement assez rares et elles sont loin de conserver ce type périodique sur lequel on prétend baser le diagnostic Très souvent, au commencement de son séjour en Algérie, M. Colin a vu arriver à la visite du matin des malades offrant tous les symptômes d'un accès pernicieux, soit coma, soit délire, soit algidité. Souvent, le soir, il revenait partagé entre la crainte d'une issue funeste et l'espérance d'une rémission des symptômes, et il les trouvait dans le même état. L'accès durait encore avec la même intensité, sans rien qui indiquât une périodicité quelconque de l'appareil morbide.

Il faut donc, pour reconnaître les accès pernicieux, savoir tenir compte de leurs autres symptômes, spécialement de la mélanémie dont les travaux de Frerichs, Kelsch et ceux de M. Colin lui-même ont prouvé la grande importance. Ce sont les accès fébriles périodiques simples qui constituent la complication la plus fréquente dans les cas de traumatisme accidentel ou chirurgical, observés dans les foyers de malaria. Il est à noter que les opérations qu'on pourrait appeler de contact : cathétérisme uréthral, exploration des fistules, provoquent plus souvent ces accès fébriles que les opérations sanglantes, ce qui ne semble pas étrange, si l'on se rappelle que des accidents analogues apparaissent souvent chez des sujets vierges d'impaludisme.

D'ailleurs, chez les malades impaludés, le traumatisme chirurgical est loin d'offrir les dangers qu'on lui attribue. Dans des expéditions, en Algérie, les plaies d'amputations ont guéri avec une rapidité merveilleuse, grâce à la douceur de la température qui favorisait la cicatrisation et permettait de conjurer les dangers d'infection purulente par l'aération des malades.

M. Verneuil répondra à M. Colin dans la prochaine séance.

—

M. Panas lit un travail intitulé : *Élongation du nerf sciatique devenu névromateux et provoquant des douleurs vives, accompagnées d'epilepsie spéciale, à la suite d'un coup de couteau qui avait divisé le nerf; guérison.*

M. Panas a eu l'occasion de pratiquer récemment cette opération sur un malade qui avait reçu, il y a quatre ans, dans une rixe, un coup de couteau-poignard qui lui transperça le milieu de la cuisse gauche, immédiatement derrière le fémur. Tous les muscles de la jambe et du pied furent paralysés, en même temps que la peau correspondante était privée de sensibilité.

Plusieurs mois après l'accident, le membre paralysé devint le siège de douleurs lancinantes vives, irradiant de bas en haut jusqu'à la fesse, et s'exaspérant au moindre attouchement des parties restées sensibles de la peau. En même temps, le malade était pris de secousses convulsives de tout le membre, comme s'il s'agissait là d'une sphère épileptogène, retentissant sur une région limitée de la moelle.

Traité pendant longtemps par l'électrisation et les révulsifs, il n'éprouva aucune amélioration. L'application de tout appareil orthopédique devenait également impossible par suite de

l'état douloureux et convulsif du membre. Le malade, épuisé par la souffrance, vint supplier M. Panas de lui amputer, s'il le fallait, la cuisse.

Après avoir étudié sur le cadavre les indications opératoires qui découlent de la disposition anatomique de la région, et noté en même temps sur le malade les moindres détails concernant le siège de la blessure et les troubles survenus dans le fonctionnement du membre, M. Panas se décida à pratiquer l'opération.

Le 2 juillet 1881, après chloroformisation, il procéda à l'élongation du nerf de la façon suivante : Incision verticale de 15 centimètres, suivant la ligne du sciatique et intéressant la peau, puis l'aponévrose d'enveloppe du membre. On arrive de la sorte sur le bord externe du demi-membraneux, qui est repoussé au moyen du crochet, et le sciatique apparaît alors au fond de la plaie sans qu'on ait rencontré d'artère ou de veine d'un certain volume.

Après isolement par la sonde, on attire le nerf au dehors et l'on constate qu'au point anciennement lésé de celui-ci et actuellement cicatrisé, il existe un renflement névromateux de 5 centimètres de long, fusiforme à ses deux extrémités et ayant le double du volume du nerf sciatique normal.

Le crochet à traction étant engagé entre le névrome et la partie centrale du nerf, on tire à deux reprises différentes jusqu'à 20 kilogrammes chaque fois. Après quoi on repose le nerf au fond de la plaie qu'on suture superficiellement après y avoir placé un drain, et l'on applique un pansement de Lister. Dès le lendemain 3 juillet, les douleurs ont disparu entièrement; on renouvelle le pansement qui avait été traversé par un peu de sang sur les bords. Le 15 juillet, la plaie était cicatrisée.

Le 22 juillet, voulant vaincre l'équinisme, M. Panas pratique la section sous-cutanée du tendon d'Achille et applique une attelle en plâtre pour fixer le pied à angle droit sur la jambe et permettre ultérieurement le port d'un appareil pour la marche.

A partir de cette époque, le malade ne souffre plus, n'a plus de secousses convulsives et marche toute la journée avec ou sans appareil tuteur.

Examiné de nouveau ces jours derniers, quatre mois après l'opération, le malade a déclaré que les douleurs n'ont pas reparu une seule fois depuis, pas plus que les mouvements convulsifs. L'hyperesthésie a disparu également.

La sensibilité cutanée s'est conservée partout où elle existait avant l'opération, sauf le long du bord externe du pied où elle semble s'être émoussée depuis l'opération. Le cou-de-pied n'offre plus de raideur, et, grâce à la section du tendon d'Achille, le malade fléchit le pied en marchant, au delà de l'angle droit.

Avec un appareil qui est armé d'une bande de caoutchouc, pour relever la pointe du pied, le malade marche en boitant à peine.

En un mot, la guérison est définitive.

M. Panas, comparant la méthode de l'élongation à la résection du nerf, en cas pareil, donne la préférence à la première. Il termine en disant que l'observation précédente démontre que les névromes consécutifs aux plaies des nerfs bénéficient de la nouvelle méthode de traitement.

—

M. Alphonse Guérin lit un travail intitulé : *Dernier temps de l'excrétion de l'urine et du sperme.* Le savant chirurgien résume ce travail par les propositions suivantes :

1° Les muscles bulbo-caverneux sont impuissants à remplir les fonctions que les physiologistes leur ont assignées;

2° Ils n'agissent que par l'intermédiaire du sang contenu dans le bulbe;

3° Le sang, sous l'impulsion résultant de la contraction des muscles bulbo-caverneux, presse la membrane muqueuse de l'urèthre d'arrière en avant, de manière à accélérer le jet de l'urine, quand la contraction est modérée, et à en rejeter les dernières gouttes quand la contraction arrive au degré qui lui a valu le nom de coup de piston.

4° L'excrétion du sperme est insuffisante toutes les fois que la circulation du sang du bulbe vers le gland est interceptée.

5° La théorie de l'excrétion ci-dessus exposée donne l'explication du rétrécissemant spasmodique, et fait prévoir que les hommes ne pourront pas être sondés facilement au moment de la turgescence du tissu spongieux de l'urèthre.

—

M. Jules Lefort lit un rapport sur un travail de M. Jacquemin, relatif à une nouvelle analyse des eaux de *Soultzmatt* (Alsace).

Les conclusions de ce rapport sont : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments ; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national. (Adopté.)

M. le docteur DE PIETRA-SANTA lit un travail sur la *vaccine animale.* En voici les conclusions.

D'après toutes les considérations qui précèdent :

1° Il paraît superflu de chercher à établir un parallèle entre le vaccin jennérien et le vaccin animal, au double point de vue de leurs effets immédiats (éruption vaccinale) et de leurs propriétés prophylactiques et préventives ;

2° Pour le moment il suffit de constater par la statistique, par l'expérimentation, par l'observation clinique, que le vaccin de génisse permet d'obtenir des vaccinations et des revaccinations *utiles, efficaces, préservatrices.*

3° Les résultats obtenus depuis quelques années confirment pleinement les conclusions présentées par M. le professeur Depaul en 1866, adoptées par l'Académie de médecine et consignées dans un rapport officiel au ministre de l'agriculture et du commerce.

4° Toutes les observations cliniques paraissent de nature à contredire celles qui ont été recueillies à une époque où la vaccination animale n'avait pas encore atteint dans ses applications pratiques, tous les perfectionnements qu'ont su lui imposer depuis, en Europe comme en Amérique, les directeurs actuels des Instituts vaccinaux, des Parcs vaccinogènes, des Comités de vaccination.

5° La valeur préventive et préservatrice du vaccin de génisse est aujourd'hui démontrée :

*a.* Par les statistiques des grandes villes de Naples, Milan, Paris, Londres, Vienne, portant sur leur mortalité générale, sur la morbidité par variole, et sur la mortalité qui en résulte (docteur Serafino).

*b.* Par les faits de préservation en temps d'épidémie qu'ont relatés le professeur Pagliani de Turin, par le docteur Ruysch, de Maestricht et le docteur Launay du Havre.

*c.* Par les observations cliniques du docteur Carlo d'Arpe, recueillies à Lecce dans un foyer épidémique de variole.

6° A un moment où l'opinion publique est encore vivement impressionnée par les 58 cas parfaitement avérés de syphilis vaccinale d'un régiment de zouaves d'Alger, il serait dangereux de battre en brèche une méthode qui a déjà fait ses preuves, et qui peut rendre des services réels à l'hygiène publique.

7° Si la pratique journalière établit, sans conteste, que la vaccination et la revaccination sont les armes thérapeutiques les plus tutélaires pour combattre la variole épidémique avant son explosion et même pendant ses périodes d'évolution et d'expansion, il importe avant tout de vulgariser et d'encourager la culture du vaccin de génisse par cela même qu'elle met, à toute heure, entre les mains des médecins, une source abondante de lymphe vaccinale de bonne provenance et d'efficacité indiscutable.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine au 2 au 8 décembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,039. — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 8. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 53. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 9. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 56. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 70. — Bronchites aiguës, 43. — Pneumonie, 78. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 39; au sein et mixte, 22; inconnu, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; circulatoire, 53; respiratoire, 69 ; digestif, 40 ; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 10.

CONCLUSIONS DE LA 49e SEMAINE. — Il y a cette semaine une augmentation notable de décès (1,039 au lieu de 948); mais le chiffre de la semaine passée était si faible qu'il fallait pour celle-ci s'attendre à une augmentation, on voit qu'elle s'élève à 91 décès, ne portant que fort peu sur les grandes maladies épidémiques ; ce sont surtout les maladies des voies respiratoires qui en font les frais : Bronchite et Pneumonie (191 décès au lieu de 145) et aussi les maladies Cérébro-spinales (110 au lieu de 84) dont les exacerbations correspondent le plus souvent aux abaissements de température, Au contraire, cette même influence thermométrique conformément à ce qui a été dit dans notre dernier bulletin, paraît avoir atténué la gravité de l'Athrepsie qui ne compte plus que 65 décès enfantins. En résumé l'état sanitaire continue à être bon et l'excédant des décès (60) de cette semaine sur la semaine moyenne des 4 dernières années, ne nous paraît pas dépasser ce qu'il doit être, d'après l'augmentation probable de la population.

En ce qui concerne la répartition par quartiers, je crois devoir appeler l'attention sur le groupement des décès par Diphthérie autour des hôpitaux où sont traités des enfants atteints de cette affection. C'est ainsi que le quartier *Necker* qui comprend l'hôpital des Enfants Malades renfermant actuellement 9 enfants diphthériques, a eu cette semaine 4 décès parmi les domiciliés du quartier; *Montparnasse*, avec l'hôpital des Enfanst-Assistés, en a eu 1; enfin le quartier de *La Roquette*, contigu à l'hôpital Trousseau, en a enregistré 4.

D[r] BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

# FORMULAIRE

### LINIMENT CONTRE LES ENGELURES.

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique. . . , . . . . . . . . . . , | 1 | gramme. |
| Glycérine neutre. . . . . . . . . . . . . . | 25 | — |
| Alcool à 85°. . . . . . . . . . . . . . . . | 10 | — |

Faites dissoudre. — On fait avec ce liniment des onctions, matin et soir, sur les engelures non ulcérées. — N. G.

### TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE. — CRITCHETT.

Sur une enfant de 2 ans 1/2, atteinte d'ophthalmie blennorrhagique de l'œil gauche, la tension et l'infiltration des paupières étaient telles, que l'examen de la cornée était devenu impossible, même en recourant à l'anesthésie. Le professeur Critchett (de Londres) se décida dans ce cas, à diviser la paupière supérieure dans toute son épaisseur, et pour découvrir plus complètement la cornée, il maintint les deux portions du tarse divisé écartées l'une de l'autre, en les fixant au moyen de sutures à la peau de la région sourcilière. La cornée enchassée dans le chémosis conjonctival parut alors tout entière. — A partir de ce moment, on appliqua chaque jour sur la conjonctive, une solution de nitrate d'argent : 1 gram. 50 centigr. pour 30 gram. d'eau distillée, et on injecta très fréquemment dans l'œil, une solution composée de 0 gram. 50 centigr. d'alun pour 30 gram. d'eau distillée. — Dans l'intervalle des injections, on maintenait sur la plaie, en les renouvelant souvent, des compresses imbibées de la solution alunée. — Ce traitement fut continué pendant un mois, en diminuant progressivement la force de la solution, et la guérison fut obtenue au bout de six semaines, avec conservation de la transparence parfaite de la cornée. — Quinze jours plus tard, l'enfant étant anesthésiée, on réunit les lèvres de la plaie au moyen de sutures. — Pendant toute la durée du traitement, l'œil droit fut maintenu soigneusement couvert, pour éviter la contagion. — N. G.

# COURRIER

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie vient de se terminer par les nominations suivantes :

*Internes titulaires.* — 1. Duflocq, Poupon, Beurnier, Marsau, Perrin, Courtade, Dayot, Thoinot, Feulard, Gomot, Didion, Ribail, Peltier, Dalché, Frémont, Ladroitte, Hartmann, Chatellier, Broca, Brossard.

21. Queyrat, Morel-Lavallée, Morin (Georges), Ayrolles, Legendre (Paul-Louis), Bottey, Malibran, Gilles de Latourette, Hamonic, Durand-Fardel, Proust, Barral, Bettremieux, Doyen (Eugène), Marciguey, Bourdel, Jardet, Poupinel, Carron, Revilliod.

41. Brodeur, Dauge, Boursier, Delotte, Rivet, Courbatieu, Deschamps, Jacquelot, Bidault, Monnier (Louis-François), Jocqs, Condoléon, Phocas.

*Internes provisoires.* — 1. Lubet-Barbou, Roger, Barbier, Brunon, Chochon--Latouche, Renaut, Hallé, Wins, Salat, Lormand, Reissen, Braine, Dumoret, Bottez, Ambrezin, Costilhes, Buret, Notta, Gilly, Merigot de Treigny,

21. Lancry, Dubief, Cayla, Rambaud, Ménétrier, Belin (Edmond), Bouttier, Clado, Toupet, Secheyron, Baudoin, Crespin, Barbilliod, Gouttiére-Cachera, Duchon-Doris, Largeau, Bucquet, Aron, Schachman, Jeanselme.

41. Vigneron.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C[e], rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## Thyroïdectomie,

Par L.-Gustave Richelot,

Agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

(Société de chirurgie, séance du 22 décembre 1880.)

L'observation que je présente à la Société de Chirurgie est destinée à montrer une fois de plus qu'il y a des cas où l'extirpation du corps thyroïde est rationnelle et peut être couronnée de succès. Toujours laborieuse, elle n'est pas effrayante comme on l'a prétendu; conduite avec la précision de la chirurgie moderne, elle ne donne pas d'hémorrhagies redoutables, et avec l'aide de la méthode antiseptique, elle est suivie d'une prompte réunion.

Comme la question, rajeunie par quelques-uns de nos maîtres, est maintenant à l'ordre du jour, et que tous les chirurgiens l'ont présente à l'esprit, je me bornerai presque à la relation du fait, et n'ajouterai que de courtes réflexions.

Tandis que je remplaçais M. le professeur Richet, une femme de 25 ans, Mathilde C...., entra dans le service de Clinique de l'Hôtel-Dieu le 28 août 1880, salle Notre-Dame n° 13. C'était une Savoisienne, pourvue d'un goître depuis l'âge de 11 ans; d'abord stationnaire, l'hypertrophie thyroïdienne avait pris entre 15 el 17 ans d'assez grandes proportions. Plus tard, M. Gosselin l'avait traitée à deux reprises. Il y a six ans, ponction et injection iodée sur le côté droit de la tumeur; six jours après, applications successives de caustiques à droite et à gauche, suivies du passage d'un drain et de lavages détersifs; s'agissait-il d'un kyste que l'injection avait fait suppurer? Quoi qu'il en soit, elle portait depuis cette époque deux cicatrices latérales très apparentes, et racontait qu'après l'ablation du drain, c'est-à-dire au bout d'un mois ou six semaines, il s'était fait un gros abcès au niveau du lobe gauche; ce dernier accident passé, guérison relative pendant trois ou quatre ans, et difformité persistante. Venue à la Charité pour la seconde fois, il y a deux ans, elle avait subi trois ponctions capillaires à quelques jours d'intervalle, et ensuite avait souffert d'un gonflement inflammatoire du cou. Depuis lors, elle s'affaiblissait toujours, respirait mal, et depuis quelque temps des douleurs dans l'abdomen et des métrorrhagies étaient venues compliquer la scène.

# FEUILLETON

## CAUSERIES

Le secret médical! vieille question, mais toujours jeune, car elle se présente tous les jours sous des aspects nouveaux, pouvant faire naître des discussions intéressantes et donner lieu à des solutions inattendues. Le secret professionnel est, dans notre confrérie, d'un rigorisme absolu. Si absolu que, pour avoir fait dans ce journal une très discrète réserve à l'occasion du mariage, question du plus haut intérêt de sociologie et dépassant de beaucoup la question du devoir professionnel, nous avons rencontré des contradicteurs implacables qui ont inexorablement rejeté les motifs d'intérêt général sur lesquels nous appuyions notre réserve.

Mais voici un nouvel aspect sur lequel peut se présenter la question du secret médical; cela nous concerne surtout, nous journalistes.

Un de mes correspondants anonymes, — pourquoi anonyme? — m'adresse la lettre suivante :

« 10 décembre 1881.

« Cher docteur,

« Est-ce une bonne observance du secret médical que cette déplorable habitude de publier les noms des malades et le lieu de leur habitation? Ci-joint un exemple, j'en trouverais mille. Que fait au lecteur que cette femme s'appelle Gilbert; que son mari soit ouvrier cantonnier sur tel ou tel chemin; qu'elle habite Commentry ou autre lieu?

Mon attention fut d'abord attirée sur quelques symptômes alarmants. La malade avait souvent une dyspnée intense et prolongée, les accès se renouvelaient surtout dans les grands efforts; souvent aussi de la dysphagie, et des troubles dans la circulation céphalique; la voix était d'une grande faiblesse. A l'examen local, tumeur ne dépassant guère la moitié du poing d'un adulte, et divisée en trois parties : lobe droit volumineux, large et aplati, lobe gauche peu développé, lobe moyen très dur, saillant et arrondi à la manière d'un kyste. La peau semblait immobile, adhérente. La glande hypertrophiée touchait le sternum, mais en cherchant à la soulever, je ne trouvais pas la preuve d'un prolongement vers le médiastin. Je ne savais rien sur l'état des voies respiratoires, et ne pouvais en juger que d'après les troubles fonctionnels.

Une ponction capillaire sur le lobe moyen fit sortir un peu de liquide hématique; je ne cherchai pas à faire une évacuation complète, et je pensai alors qu'il y avait un vrai kyste, opinion qui ne fut pas entièrement confirmée par l'examen anatomique. La présence d'une cavité ne changeait rien d'ailleurs aux indications; l'écorce de la tumeur était si dure, l'hypertrophie si étendue, le tissu glandulaire si profondément modifié par les traitements antérieurs, qu'il fallait rejeter l'idée d'une thérapeutique dirigée seulement contre le kyste, ponction, drainage ou injections modificatrices. En admettant que ces procédés n'eussent amené ni hémorrhagies, ni fistule persistante par défaut de retrait des parois, ni accidents inflammatoires dans la région cervicale, aucun n'aurait supprimé l'hypertrophie parenchymateuse, les phénomènes de compression, les menaces de dégénérescence du côté des voies aériennes.

En résumé, j'avais affaire à un goître ancien, donnant tous les accidents qui caractérisent la forme suffocante, dyspnée, dysphagie, altération de la voix, troubles circulatoires et nerveux; des opérations antérieures, sans arrêter le mal, avaient altéré les tissus, peut-être amené des adhérences, des déformations inaperçues; aucun traitement nouveau n'avait chance de réussir. Les symptômes devaient s'aggraver de jour en jour avec l'accroissement de la tumeur et l'altération progressive des voies aériennes, qu'on sait aujourd'hui se cacher derrière les goîtres et se révéler à l'improviste. J'avais donc à choisir entre l'inaction et l'intervention radicale, et je me rappelais qu'en présence d'une hypertrophie thyroïdienne à marche envahissante, inaccessible aux méthodes palliatives, attendre c'est compromettre à plaisir le succès de la thyroïdectomie.

---

« Votre plume a assez d'autorité pour se permettre de signaler cet abus.

« Votre très assidu lecteur, « Dr X... »

Je partage entièrement l'opinion de mon correspondant, et ce n'est pas la première fois que, dans ce journal même, j'ai soutenu que le fait de nommer ou de désigner un malade dans un périodique constituait un manquement à l'observance du secret médical, j'ai même cité un fait qui m'était personnel où ce manquement par moi commis dans un journal, et alors que je n'étais qu'un simple bénévole, faillit m'occasionner de graves désagréments.

Une jeune et belle fille entre à l'hôpital pour des accidents syphilitiques qui attirèrent suffisamment l'attention du chef de service pour qu'il en fit le sujet d'une leçon clinique. Je rédigeai cette leçon, et je commis l'imprudence de publier le nom de la malade.

Quelques années après, cette fille était devenue la maîtresse d'un négociant étranger qui l'entretenait richement.

Comme toutes ses pareilles, cette fille jouissait avec imprévoyance des largesses de son amant, lorsqu'un jour elle le vit apparaître irrité, menaçant, le numéro d'un journal à la main, — et vous devinez tout de suite que c'était ce journal dans lequel j'avais divulgué les incidents hospitaliers de sa toute belle. Qui avait commis cette mauvaise action de communiquer ce journal au protecteur de cette fille? Était-ce une de ses amies, jalouse de sa prospérité? Était-ce un amoureux évincé? L'histoire est restée muette sur ce point. Toujours est-il que cette fille, victime de cette perfidie et de mon imprudence, fit scène sur scène dans les bureaux du journal, demandant des dommages-intérêts insensés, menaçant d'une plainte au parquet, plainte qui, heureusement, ne pouvait pas aboutir, car il y avait prescription, et d'ailleurs un élève ne pouvait pas commettre une infraction à un devoir professionnel.

Donc, jeunes confrères qui publiez vos observations dans les journaux, prenez garde! vous

L'opération fut retardée par une poussée inflammatoire qui dura du 1er au 8 septembre, et qu'avait provoquée sans doute la ponction exploratrice. Pendant une semaine la malade eut de la fièvre, du malaise et de l'inappétence; la dyspnée et la dysphagie s'accentuèrent; la tumeur, augmentée de volume, était rouge, douloureuse et animée de pulsations très visibles. Quand cet orage fut calmé, les battements et la douleur disparus, la peau resta congestionnée et la tumeur certainement plus volumineuse qu'avant les accidents. Il me sembla que le mal faisait des progrès, que de nouvelles poussées congestives étaient toujours à craindre, et l'opération fut décidée pour le 11 septembre.

Je résolus de me servir du bistouri et des pinces à pression continue, persuadé que, dans une opération de ce genre, aucun instrument n'est plus apte à réaliser les conditions de la méthode hémostatique. J'ai peine à comprendre qu'on ait pu tenter ou proposer l'ablation du corps thyroïde par les divers modes de ligature, l'écraseur linéaire ou l'anse galvanique. Je ne crois pas non plus qu'il faille songer au thermo-cautère. Il y a des cas où la sûreté de l'hémostase dépend moins de la nature des instruments que de la précision des mouvements et de la délicatesse du doigté chirurgical; il faut reconnaître alors que le bistouri, aidé de la forcipressure, est le meilleur procédé pour lutter contre l'effusion du sang.

L'incision de la peau devait décrire une courbe à convexité inférieure, commençant au-devant d'une carotide, finissant à l'autre, et rasant la fourchette sternale. Après avoir disséqué de bas en haut, j'étais prêparé à faire, en cas d'urgence, la trachéotomie. Je devais d'ailleurs détacher lentement la tumeur avec le bistouri ou la spatule; mais surtout, je voulais chercher d'abord les quatre pédicules vasculaires formés par les artères et les veines thyroïdiennes, les couper entre deux ligatures, et ne faire céder qu'ensuite les adhérences que la glande pouvait avoir contractées avec la trachée, la carotide ou la jugulaire. Je ne m'attardai pas davantage à la recherche d'un procédé opératoire; mais tout fut disposé pour appliquer la méthode listérienne dans toute sa rigueur.

*Opération* le samedi 11 septembre 1880. — *a*). L'incision est faite exactement comme je l'ai dit plus haut; la dissection du lambeau ne peut se faire qu'au bistouri, car la peau adhère intimement à la tumeur par un tissu lardacé; vers le bord supérieur, les doigts et la spatule suffisent pour dégager la glande. Pendant ce premier temps de l'opération, quatre pinces à pression continue sont appliquées sur de petits vaisseaux.

---

pouvez tomber sur un malade mauvais coucheur, ou qui voudrait vous faire chanter; prenez garde!

***

Oui, vous avez raison, très honoré correspondant, l'œuvre d'Ambroise Paré est le recueil le plus précieux, le plus curieux et l'on peut dire le plus instructif à tous les points de vue. Non-seulement la pratique chirurgicale y trouve les documents les plus intéressants, mais même cet admirable recueil fourmille de faits utiles à l'histoire et d'anecdotes racontées avec une naïveté spirituelle et charmante. Telles sont celles que l'un de mes aimables correspondants a bien voulu colliger pour moi et dont je vais reproduire celle qui est relative au moyen ingénieux dont se servait Ambroise Paré pour délivrer un goulu d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage.

Je crois bien, mais je n'ai pas le temps de le rechercher, que le fait en lui-même a été cité dans les traités de chirurgie, au chapitre du traitement des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Mais qui pourra regretter de relire une page d'Ambroise Paré contenant un enseignement clinique si agréablement présenté :

*Des corps étrangers de l'œsophage et des moyens de les extraire.* — « Si c'est un morceau de pain ou de chair, il faut faire comme je fis à l'un des serviteurs de Henry Hazard, maistre tailleur d'habits, demeurant sur le pont Saint-Michel. L'histoire est telle : Ils étoient six serviteurs, lesquels se délibérèrent de faire un bon desjeuner, et se cottisèrent de chacun un liard pour employer à avoir des trippes; tous se mirent en devoir de bien escrimer de la dent : un d'entre eux print un morceau de gros boyau cullier, l'ayant mis à sa bouche, il lui tardait qu'il ne fust en son estomac; il l'avala sans macher pour retourner au reste. Ce mor-

*b*). Le bistouri est porté vers la thyroïdienne supérieure du côté droit, rencontre et blesse un gros tronc veineux sur lequel une pince est appliquée provisoirement ; puis une aiguille de Deschamps, introduite sous les tissus, permet de placer un fil de soie sur le pédicule des vaisseaux thyroïdiens, sans avoir vu ni touché l'artère. Section du pédicule tout près de la tumeur, aucune hémorrhagie par le bout périphérique

*c*). Le pédicule supérieur gauche est disséqué de la même façon ; l'artère est vue, isolée avec la sonde, coupée entre deux fils de soie.

A ce moment, la tumeur se trouve assez bien dégagée dans sa moitié supérieure, et je puis voir la trachée décrivant une grande courbe latérale, intimement adhérente au lobe droit de la thyroïde par un tissu lardacé. Je donne quelques coups de bistouri et de spatule pour juger de la force de ces adhérences, et ne tarde pas à m'apercevoir qu'elles sont très dures à la partie supérieure, et qu'il y aura sans doute avantage à libérer la trachée de bas en haut. Il faut donc achever d'abord la dissection de la tumeur vers le sternum en procédant à la recherche des deux derniers pédicules vasculaires.

*d*). La thyroïdienne inférieure droite est vue comme l'a été la supérieure; sans chercher à l'isoler, je prends avec l'aiguille de Deschamps, munie d'un fil de soie, une certaine épaisseur de tissus, afin de mieux dégager la glande. Puis, la section étant faite, je soulève la tumeur et la renverse légèrement à gauche ; dès ce moment je puis procéder sans encombre à la dissection de la trachée.

*e*). Dans toute la moitié inférieure, la spatule suffit pour rompre les adhérences, lentement et sans trop d'efforts; mais plus haut, vers le larynx, une dissection minutieuse avec le bistouri est de rigueur. — Le sang n'a pas coulé, les plexus veineux thyroïdiens ont passé inaperçus. La trachée, manifestement aplatie d'avant en arrière, a d'ailleurs bonne apparence; elle s'est replacée d'elle-même sur la ligne médiane. Pendant quelques instants, la respiration est devenue difficile, mais l'alerte n'a pas duré.

*f*). La tumeur ne tient plus que par son bord gauche. La thyroïdienne inférieure de ce côté ayant été vue et ses battements sentis par le doigt, le pédicule est lié en masse comme l'a été celui du côté droit.

*g*). Je reviens, pour finir, au pédicule supérieur gauche, dont l'artère seule a été liée après isolement. Une ligature en masse avec un fil de soie permet de couper les dernières adhérences de la tumeur et d'achever l'ablation ; mais il reste au delà du

---

ceau luy demeura au milieu de la gorge et ne peut passer : qui luy causa une très grande difficulté de respirer et tomba comme épileptique, jettant le sang par la bouche, par le nez et oreilles, le visage tout livide et noir, de façon qu'on estimait que le pauvre goulu mourroit de ce morceau de trippe. Je fus envoyé querir, et sçachant la cause de son mal, je le fis lever et mettre en une chaire et prins un porreau, luy ayant coupé la teste et dépouillé de deux robes, luy ouvris la bouche avec un speculum oris et poussay le porreau bien profondément en la gorge assez violentement, et le frappay de la main entre les deux espaules, si bien que le morceau tomba en l'estomach. Et estant hors de ce danger, promptement jetta sa veuë sur le plat où estoient les trippes, il se print à crier contre ses compagnons qu'ils avoient tout mangé sans luy, disant qu'il falloit qu'ils luy rendissent son argent. Alors maistre Henry, son maistre, voyant qu'au lieu de rendre graces à Dieu de l'avoir tiré du péril de suffocation et de mort, au contraire il crioit à la trippe, tout à l'heure luy paya ses gages et lui donna son congé, lui disant : Adieu goulu ! Et depuis, entre les compagnons tailleurs de cette ville, a esté toujours appelé goulu, et par despit s'en est retourné en son païs, qui n'est pas grande perte pour Paris. Cette histoire pourra servir au jeune chirurgien pour secourir quelqu'un en cas semblable. » (Livre I^er^, chapitre II.)

***

Qu'était la manne dont les Hébreux se nourrirent dans le désert de Chanaan ? Les avis diffèrent.

Certains prétendent que ce n'était autre chose que des nuées de sauterelles que les Israélites recueillaient et salaient afin de pouvoir ne les consommer qu'au fur et à mesure de leurs besoins. D'autres croient que ce n'était pas seulement des sauterelles que les Hébreux met-

dernier fil, en avant de la carotide gauche, une sorte de lobe surnuméraire, plongé au milieu du tissu cellulaire et dépourvu d'adhérences notables, qu'il faut encore énucléer avec les doigts.

*h*). L'opération terminée, je substitue des fils de catgut à la plupart des fils de soie. Trois de ces derniers sont maintenus, celui que j'ai posé d'abord sur le pédicule supérieur droit, et deux à la partie inférieure de la plaie. J'ai fait en somme une dizaine de ligatures. La perte de sang égale celle d'une amputation de jambe.

Le lambeau est exactement suturé avec des fils d'argent; trois orifices sont ménagés, un à chaque extrémité, un autre immédiatement au-dessus du sternum; l'orifice du côté droit donne passage à un fil de soie, celui de la ligne médiane aux deux fils inférieurs; un tube debout est placé dans chacune des trois ouvertures, et les pièces du pansement de Lister appliquées avec soin. L'opération a duré deux heures; trois quarts d'heure ont été nécessaires pour les ligatures définitives, la suture et le pansement.

Le 12 septembre, la nuit a été tranquille, sans sommeil; temp. 38°, dysphagie prononcée. Le 13, temp. 38°.4, dysphagie persistante et fort pénible, toux et râclement trachéal. Depuis l'opération, l'*aphonie est complète*.

Les jours suivants, la température atteint 39° et quelques dixièmes, la toux augmente et une expectoration muco-purulente s'établit. Pour en finir avec l'état général, je dirai que la malade a souffert d'une trachéo-bronchite intense depuis le 16 jusqu'au 22 septembre environ. Elle a commencé à reprendre quelques forces et s'est levée pour la première fois le 24 du même mois; alors seulement se sont dissipées en partie les craintes que j'avais eues relativement à l'état de ses poumons; mais longtemps encore la maigreur et la faiblesse générale m'ont obligé à faire des réserves sur l'avenir, et c'est aujourd'hui seulement que l'apparence extérieure de la malade et les résultats négatifs de l'auscultation, malgré une hémoptysie légère qu'elle dit avoir eu l'hiver dernier, m'autorisent à espérer une guérison définitive.

Voyons maintenant quelle a été la marche de la plaie. Ni gonflement ni tension dans les premiers jours; le lambeau s'applique naturellement sur les parties profondes sans tirailler la suture. Cette absence d'inflammation traumatique m'engage à retirer deux fils d'argent dès le second jour; il en résulte que, superficiellement, la réunion immédiate échoue dans ces deux points, mais les deux lèvres de l'incision restent accolées par leur partie profonde. Le 14 septembre, c'est-à-dire le quatrième jour, tous les fils sont coupés, mais laissés en place; je les enlève

---

taient ainsi en réserve, qu'ils usaient du même procédé à l'égard des oiseaux voyageurs, notamment des cailles, qui, obéissant à leur loi bien connue de migration, venaient s'abattre tous les ans dans les plaines de la Syrie en telles quantités qu'on n'avait qu'à les recueillir pour en faire des approvisionnements considérables.

Ces deux opinions nous semblent également vraisemblables. Les sauterelles sont encore à la fois un fléau et une ressource comestible pour les Arabes du nord de l'Afrique; et quant aux oiseaux voyageurs, les cailles surtout, les riverains de la Méditerranée sont témoins tous les ans des immenses captures qu'on peut en faire. Voici du reste un fait qui est rapporté par les journaux de New-York et qui confirme la seconde opinion exprimée plus haut.

Il y a trois semaines, dit la presse new-yorkaise, une nuée de cailles superbes s'est abattue à Nevada dans l'État de Virginie. Elles arrivaient du Nord (?) en masses tellement compactes que le soleil en était obscurci. Elles avaient déjà fait sans doute un long voyage, car elles étaient à bout de forces et s'abattaient épuisées sur les toits, sur les arbres, dans les rues même de la ville. Les pauvres bêtes étaient si faibles qu'elles se laissaient prendre à la main. On en a ainsi tant et tant capturé que, pendant plus d'une semaine, pauvres et riches n'ont plus mangé que des cailles. Encore s'en est-il perdu un grand nombre.

Une pluie de cailles n'a donc rien de surprenant. Tous les ans, selon la poussée du vent, quelque point de la Méditerranée ou de l'Océan peut en être le témoin. Seulement, les Hébreux, qui étaient observateurs en même temps qu'économes, savaient en profiter tandis que les habitants de Nevada ont gaspillé ou laissé perdre ce surcroît de provisions que le ciel leur envoyait.

**Pourvu que cette pluie de cailles ne soit pas une pluie de canards américains!**

successivement le 15 et le 16. Aucune trace de suppuration; les tubes, nettoyés à chaque pansement, ne laissent passer qu'un peu de liquide séreux; depuis le 14, ils sont raccourcis tous les jours d'une très petite quantité; le 17, ils n'ont plus que 2 centimètres de long. Persuadé que le meilleur mode de pansement, c'est l'*abstention* dans une atmosphère antiseptique, j'ai soin de laver les environs de la plaie avec une éponge passée légèrement sans toucher à la suture, et je ne fais pas d'injections phéniquées.

Le 18 septembre, j'enlève le drain qui occupe l'angle droit de la plaie; le fil de soie qui tient encore me paraît suffisant pour empêcher l'oblitération prématurée de l'orifice. Le 20, celui du côté gauche est retiré; comme il n'y a pas de fil de soie, l'orifice est fermé dès le lendemain. Le 21, une faible traction suffit pour enlever le fil de soie du côté droit, et le 22, la cicatrisation est faite en ce point comme à l'angle opposé. Il ne reste plus qu'un trajet sur la ligne médiane, occupé par les deux fils inférieurs; sur ce trajet, la suppuration est déclarée depuis le 20 septembre; elle est toute locale, sans odeur, et due évidemment à la présence des fils. D'ailleurs, la réunion est faite sur tous les autres points, il n'y a toujours ni gonflement ni tension du lambeau. La dysphagie a disparu, et la bronchite que j'ai signalée est en voie de décroissance.

Le 21, le 22 et le 23 septembre, j'injecte un peu d'acide phénique au quarantième dans l'orifice inférieur, et je le fais ressortir avec soin par de légères pressions, pour que la solution irritante ne reste pas en contact avec la plaie. L'injection est ainsi faite pendant trois jours pour entraîner la suppuration et prévenir sa putridité; mais au bout de ce temps je ne la renouvelle plus, admettant que l'usage habituel de la solution phéniquée entretient la sécrétion purulente et retarde le travail réparateur. Le 24, en effet, la suppuration par l'orifice médian est à peu près tarie; mais la présence des fils de soie, qui ne cèdent pas aux tractions modérées et demeurent dans la plaie jusqu'au 1er octobre, détermine encore la formation successive de trois petits abcès siégeant à quelque distance de la suture, et qui, ouverts sous la pulvérisation et drainés pendant un jour ou deux, guérissent très facilement.

Le 13 octobre, je remplace le pansement de Lister par un simple morceau de protective recouvert d'une pièce d'ouate; le 16, tout pansement est supprimé; la guérison est complète cinq semaines après l'opération. Mais l'*aphonie persiste* comme le premier jour. Le 25 octobre, l'examen laryngoscopique démontre l'immo-

---

***

Qui dira jusqu'où peut aller la crédulité humaine en fait de sorcellerie? Lisez ce que publient à cet égard les journaux de Rochefort :

Dans une métairie située sur le territoire d'une commune limitrophe de celle de Chotail, le bétail, depuis quelque temps, était constamment atteint de maladies plus ou moins sérieuses. Inquiet, désolé, le fermier alla consulter... non pas le vétérinaire, mais un sorcier qui habite le village voisin, et celui-ci, après plusieurs visites et de profondes méditations, déclara solennellement que le mal avait pour cause les maléfices d'un homme noir que lui, sorcier, aurait à combattre et à terrasser pour arrêter le fléau.

Ayant dit, il s'éloigna.

Le soir, il revint à la métairie, donna l'ordre au fermier, à sa famille, aux serviteurs de s'enfermer au rez-de-chaussée de l'habitation et de n'en sortir sous aucun prétexte; de clore soigneusement toutes les issues; de placer devant les fenêtres des draps épais; de demeurer immobiles dans une complète obscurité ; il leur recommanda de ne pas s'inquiéter du bruit qui parviendrait à leurs oreilles, de ne point chercher à pénétrer le mystère qui allait s'accomplir. Puis il gravit l'escalier qui conduit au grenier.

Les naïfs agriculteurs obéirent aveuglément; ils éteignirent le feu de la lampe; la ferme fut plongée dans d'épaisses ténèbres, et, pendant plus d'une heure, un vacarme épouvantable, un bruit de lutte les glaça d'épouvante! Enfin, le calme se fit.

Après de longues hésitations, le fermier et sa suite se hasardèrent à allumer une lanterne. Un valet, le plus hardi de la bande, voulut aller voir s'il y avait dans le grenier des traces du combat livré par le sorcier à l'homme noir; mais il ne vit rien... rien qu'un vide étrange qui

bilité absolue des cordes vocales; M. Krishaber, l'ayant constatée, admet une double section des récurrents.

Tels sont les faits, auxquels n'ajoute rien l'examen anatomique de la tumeur, composée de petits kystes colloïdes multiples, avec deux ou trois cavités plus grandes sur la ligne médiane, et un stroma fibreux n'offrant pas de caractères particuliers. Je pense m'être assez expliqué, chemin faisant, sur les indications, les divers temps et les suites de cette opération, pour n'avoir pas besoin d'y revenir en détail. J'attire de nouveau l'attention sur les quelques points suivants :

L'hémorrhagie ne m'a gêné en aucune façon. Il est vrai qu'on peut tomber sur un goître plus vasculaire que le mien, mais je pense qu'avec le bistouri et les pinces à pression continue, je serais venu à bout d'un cas plus difficile. La peur du sang a fait condamner l'ablation du corps thyroïde par d'habiles chirurgiens, qui pour toute défense contre l'hémorrhagie avaient les doigts de leurs aides et l'habitude d'opérer vite. Mais plusieurs faits récents nous autorisent à dire que le principal danger n'est pas là; aujourd'hui, la lenteur et le sang-froid des chirurgiens ont rendu possible des opérations que Dupuytren et Velpeau jugeaient impraticables.

La forme de l'incision importe peu ; elle doit varier suivant les cas. — Je ne comprends ni l'utilité, ni même la possibilité de l'évidement (Kocher, Tillaux). — Mon seul plan opératoire a été de chercher d'abord les quatre pédicules vasculaires de la glande. — L'adhérence intime et l'aplatissement de la trachée ont pleinement justifié l'opération; heureusement, les cartilages n'étaient pas encore dégénérés, et je n'ai pas eu d'autre accident qu'une trachéite intense. — Je me suis repenti de n'avoir pas eu dans le catgut une entière confiance, et d'avoir laissé dans la plaie quelques fils de soie; ceux-ci ont été la seule cause d'une suppuration limitée à leur trajet, et qui a duré jusqu'à leur chute. Sans eux, la réunion immédiate, qui s'est faite sur presque tous les points, eût approché de la perfection ; malgré eux, les résultats du pansement de Lister ont été remarquables.

J'ai été très sobre d'injections phéniquées. Et ceci ne manque pas d'importance ; car je persiste à croire que beaucoup d'insuccès de la méthode listérienne, entre les mains des chirurgiens français, tiennent à la façon peu rigoureuse dont elle est appliquée. Je disais plus haut qu'il faut s'abstenir vis-à-vis de la plaie, en éloignant toutes les causes d'irritation. L'abstention est en effet, selon moi, un principe essentiel de la méthode. La chirurgie d'autrefois provoquait la cicatrisation par des topiques, celle d'aujourd'hui la laisse se faire dans un milieu favorable. Il y a entre

---

s'était produit dans le tas de blé. Il appela, on accourut et l'on constata qu'il manquait pour 200 fr. environ de froment... Mystère!...

On aurait demandé, paraît-il, au fermier dupé le nom du dupeur; mais le pusillanime et trop crédule cultivateur serait resté muet : *il ne voudrait pas dénoncer un homme qui, il en est convaincu, lui jetterait un sort pour se venger.*

Allez donc demander des témoignages à des poltrons de cette espèce!

***

Ces vertueux Teutons qui accusent le peuple français d'être tombé dans la plus déplorable immoralité et d'avoir perdu tout sentiment de famille, savez-vous ce qu'ils font de leurs enfants quand il y a trop plein de ce côté dans la maison? Voici ce que je lis dans un journal :

En voyant les Allemands quitter en si grand nombre leur pays natal pour aller se fixer en Amérique, on croyait que ces immigrations étaient déterminées par l'augmentation de plus en plus croissante de la population de l'empire, et que cet exode devait avoir pour effet de débarrasser l'Allemagne de son trop plein.

Eh bien, la quatrième page des journaux de Berlin vient prouver journellement le contraire. Les familles allemandes continuent à se trouver trop nombreuses, et l'on voit dans la presse, depuis quelque temps notamment, des annonces dans lesquelles des parents proposent de se défaire de leurs enfants au profit de quiconque voudra bien s'en charger.

Voici, en effet, l'avis que contenait la *Gazette de Voss* dans un de ses numéros de la semaine dernière :

« Une veuve, n'ayant pas assez d'espace dans son habitation pour loger ses enfants, offre de les céder ensemble ou séparément à toute personne qui les désirera. »

ces deux termes une différence radicale, ignorée de ceux qui ne voient dans le pansement de Lister qu'une modification dans la couleur de la gaze ou la souplesse du tissu imperméable.

Que penser enfin de l'aphonie persistante? Suivant M. Krishaber, l'immobilité absolue des cordes vocales prouvait la double section des récurrents. Avais-je coupé ces nerfs sans en avoir conscience, par exemple en faisant la ligature des pédicules vasculaires inférieurs? Étaient-ils adhérents à la tumeur, et les avais-je arrachés en même temps qu'elle? Avais-je fait une simple section des troncs nerveux, une résection plus ou moins étendue, et pouvais-je espérer une régénération? Comme j'avais disséqué très minutieusement la face antérieure de la trachée adhérente au néoplasme, je pensais n'avoir rien coupé ni arraché en dehors et en arrière du conduit aérien. Aussi ne pouvais-je expliquer l'aphonie que par une action réflexe indéterminée, analogue à celle qui avait produit pendant plusieurs jours une dysphagie intense. Aujourd'hui (Décembre 1880) le problème n'est pas résolu, mais un nouvel examen laryngoscopique a permis de constater quelques mouvements dans les cordes vocales; la voix n'est pas revenue, mais il est probable qu'elle reviendra. Ajoutons que la santé générale est entièrement rétablie, que Mathilde C... n'a plus trace de dyspnée, et qu'elle monte les escaliers sans peine, ce qui lui était depuis longtemps impossible.

*Janvier* 1881. — Le 2 janvier, en se réveillant, Mathilde C... s'est aperçue, à son grand étonnement, qu'elle entendait sa propre voix. Depuis ce moment, elle parle sans difficulté; la voix, encore un peu faible, est cependant plus sonore qu'avant l'opération. Aucun traitement n'a été employé pour obtenir ce résultat. Il est permis de dire aujourd'hui que l'extirpation de la thyroïde, en supprimant une tumeur grave sans compromettre aucune fonction, a donné non-seulement un succès opératoire, mais un succès thérapeutique absolu.

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

**BIBLIOTHÈQUE DES MERVEILLES** publiée sous la direction de M. EDOUARD CHARTON. Paris, librairie Hachette.

1. — *L'Écorce terrestre*, par Mme Stanislas Meunier; ouvrage illustré de 75 vignettes dessinées sur bois. — Notre globe n'est pas composé de matériaux solides jusqu'à son centre. Sa

Et qu'on ne croie pas au moins que ce soit là une exception. De pareilles offres paraissent par dizaine dans un même numéro.

O vertueux Teutons!

***

Pour finir, un joli mot du docteur P...

On racontait, l'autre soir, devant lui, qu'un de ses confrères, M. X.., spécialiste bien connu, était devenu spirite et passait son temps à évoquer les habitants de l'autre monde.

— Voyez-vous l'intrigant? s'écria le docteur P.., il se fait rendre ses visites!

***

Mes chers et bienveillants correspondants, ne vous lassez pas, cherchez encore, cherchez toujours, et toujours il vous en sera reconnaissant votre vieil ami le

Dr SIMPLICE.

### TRAITEMENT DE LA GOUTTE. — GROSSER.

L'auteur recommande aux goutteux le salicylate de soude en solution, à la dose de dix grains toutes les deux heures, pendant plusieurs jours consécutifs, jusqu'à ce que la douleur ait cessé, et cet effet ne tarde pas à se produire. — Comme traitement externe, il emploie l'iodoforme uni à la vaseline ou au collodion élastique; quelquefois il enveloppe de caoutchouc le membre affecté. — Dans l'intervalle des accès, il conseille l'usage interne du sel de Carlsbad. — N. G.

surface n'est qu'une enveloppe même relativement très mince. Ce n'est pas par l'observation directe que la science est arrivée à cette notion capitale; car l'homme n'a jamais perforé la croûte rocheuse jusqu'aux régions souterraines où elle cesse d'exister. Elle est la conséquence logique de la connaissance acquise, d'une part, de la mobilité extrême de l'enveloppe terrestre animée d'un mouvement continu qui serait incompréhensible si la surface du globe était celle d'une sphère solide pleine, et, d'autre part, de la haute température qui règne dans les profondeurs de la terre. L'auteur éclaire admirablement ce double point de vue, en appelant à son aide les tremblements de terre, les soulèvements et les affaissements lents, les volcans, les sources thermales, etc., etc. Ensuite viennent ces deux questions : De quoi est faite l'écorce terrestre? — Comment s'est faite l'écorce terrestre? Le savant et gracieux auteur a répondu à ces deux questions de la manière la plus instructive et la plus attachante. Son style, sans prétention, est élégant et clair; ses descriptions, pleines d'intérêt, se lisent avec la plus grande facilité. Parmi les planches qui ornent ce charmant petit livre, on recherchera celles qui représentent le *tremblement de terre de Lisbonne*, le *puits artésien de Grenelle*, les restaurations des grands animaux fossiles, l'*iguanodon*, le *mégalosaure*, etc.. C'est un livre précieux à mettre entre les mains de la jeunesse de l'un et l'autre sexe, et même entre des mains plus mûres.

2. — *Le Sel*, par E. Lefebvre, professeur de physique au lycée de Versailles. Ouvrage illustré de 49 vignettes dessinées sur bois. — Le sel est une des substances les plus abondantes et les plus utiles à la surface du globe terrestre; et rien n'est plus instructif et plus intéressant, au triple point de vue médical, hygiénique et industriel, que son histoire telle qu'elle est exposée dans l'excellent ouvrage de M. le professeur Lefebvre. L'auteur étudie le sel au point de vue de ses propriétés physiques et de sa constitution chimique, au point de vue de son emploi dans l'alimentation, pour la conservation des matières alimentaires, en agriculture, dans l'industrie chimique. Plusieurs chapitres sont consacrés aux salines et aux procédés d'extraction. Le sel marin, le sel gemme, la salure des différentes mers, les mines de sel gemmes, etc., etc., sont l'objet de considérations scientifiques, de descriptions, de récits, qui constituent un savant et agréable enseignement. Parmi les planches, on remarquera le dessin du *grand lac salé de l'Utah* et de la *cité des Mormons*.

3. — *Les Moteurs anciens et modernes*, par H. de Graffigny. Ouvrage illustré de 106 gravures dessinées sur bois par l'auteur. — De nos jours, il n'est plus permis de rester étranger aux applications industrielles de la science. Les belles et utiles créations modernes sont mises sous les yeux de tous par des savants dévoués qui se plaisent à en vulgariser la connaissance. La lecture du livre de M. de Graffigny a beaucoup d'attrait; elle instruit sans fatiguer. On y passe en revue successivement les moteurs animés : l'homme, les animaux; — les moteurs à vent : moulins, véhicules à voile ; — les moteurs hydrauliques : roues, turbines, moulins, moteur Dufort ; — les baromoteurs : ressorts, poids, barotropes, caoutchouc tordu, plans automoteurs; — les moteurs à air : machine atmosphérique, machine à air chaud, moteurs à air comprimé; — les moteurs à vapeur, leur dénombrement, toute leur histoire, parfaitement résumée; les moteurs électriques, leur description, leur théorie; — les moteurs à gaz et enfin les moteurs à grande puissance. Une masse considérable de connaissances se trouve condensée dans ce petit volume, dont la lecture facile initie le lecteur à des faits que personne ne doit ignorer complètement. Les planches qui représentent le bateau électrique de M. Trouvé, et le chemin de fer électrique de l'exposition de Berlin sont particulièrement intéressantes; mais beaucoup d'autres dessins ont plus d'importance et aident à comprendre les machines décrites.

4. — *Les Sièges célèbres de l'antiquité, du moyen âge et des temps modernes*, par Maxime Petit. Ouvrage illustré de 32 gravures dessinées sur bois. — C'est une succession de faits historiques, dont la lecture rappelle de nombreux souvenirs depuis le siège de Troie jusqu'au dernier siège de Paris. Cette réunion de récits avec les détails techniques est bien faite pour exciter la curiosité. Mais que de crimes, pour quelques belles actions! Que de massacres! Au siège de Jérusalem en 1099, la ville étant prise, les croisés « se ruèrent sur les Sarrasins comme un tigre sur sa proie, les massacrèrent et les poursuivirent jusque dans la mosquée d'Omar, où le sang des soldats, des enfants et des femmes, s'élevait, si l'on en croit Faulcher de Chartres, jusqu'aux genoux et aux freins des chevaux.... Lorsque les rues furent débarrassées des monceaux de cadavres qui les couvraient, la conquête fut organisée!... » — Au siège de Magdebourg, ville attachée à la réforme, par Tilly, général catholique, ce général fit mettre le feu à une maison, « l'incendie se communiqua rapidement à toute la ville, et à la faveur du désordre, les Impériaux entrèrent dans Magdebourg. Ils s'y livrèrent aux plus déplorables excès.... Tilly fit massacrer ou brûler vifs 30,000 individus sans distinction d'âge ni de sexe.... Ces scènes atroces se continuèrent pendant trois jours. Comme les officiers de

Tilly l'engageaient à faire cesser le désordre : « Revenez demain, leur répondit-il, nous verrons. Au reste, il faut bien que le soldat s'amuse après tant de travaux et de fatigues ! » C'était au commencement de la période suédoise de la guerre de Trente ans. — Il faut lire ces récits. L'histoire est un grand enseignement !

## Congrès médical international

Pour ne pas entretenir indéfiniment nos lecteurs du Congrès de Londres, qui, maintenant, commence à passer à l'état de souvenir, nous abrégerons le compte rendu des derniers travaux dont nous ayons à nous occuper. Dans cette revue rapide, on nous pardonnera de donner la place principale à nos compatriotes ; plusieurs communications n'auront qu'une simple mention.

### Section de thérapeutique.

*Du bromure d'éthyle*, par W. Squire. — *Utilité de la strychnine comme expectorant*, par Milner Fothergill. — *De l'action et de l'utilité des médicaments antipyrétiques*, par le professeur Fokker. — *De l'introduction d'une pharmacopée internationale*, par le professeur Eulenburg (de Greifswald). — *Sur les doses mortelles des différentes aconitines*, par le professeur Plugge (de Groningue).

*De l'action physiologique et thérapeutique de quelques nouveaux principes actifs : la pelletiérine, la valdivine et la cédrine*, par M. Dujardin-Beaumetz. — La *pelletiérine*, alcaloïde tiré de l'écorce de grenadier, a surtout été expérimentée contre le tænia. C'est un poison curarisant. On l'administre à la dose de 30 centigr. chez l'adulte (15 centigr. de 13 à 14 ans, et 10 centigr. dans les premières années) dans une solution renfermant 50 centigr. de tannin. Cette potion est prise à jeun et on administre ensuite 30 grammes de teinture de jalap composée. On obtient par ce moyen l'issue du tænia, avec la tête, dans la majorité des cas (9 fois sur 10).

M. Dujardin-Beaumetz a employé avec succès la pelletiérine contre le vertige de Ménière et il la conseille dans tous les cas où le curare a déjà été indiqué (tétanos, rage) et dans les affections oculaires, où il est nécessaire de produire une congestion assez vive du fond de l'œil.

La *valdivine* et la *cédrine* ont été retirées par Tanret des cédrons. La valdivine n'est pas à proprement parler un alcaloïde, mais un glucoside ; elle est très toxique, et il suffit de deux milligrammes pour tuer un lapin en dix heures. Chez l'homme, l'injection hypodermique de 4 milligr. provoque des vomissements une ou deux heures après. Expérimentée contre la fièvre intermittente, des morsures de serpent et la rage, elle n'a produit d'effet que dans cette dernière affection, en faisant disparaître chez les chiens enragés les accès de rage sans empêcher toutefois la terminaison mortelle.

La cédrine est beaucoup moins toxique que la valdivine ; il en faut 10 milligr. pour entraîner la mort d'un lapin en 48 heures. Elle ne détermine pas de vomissements, mais elle a une action réelle sur la fièvre intermittente, en injections hypodermiques à la dose de 4 à 5 milligr. par jour. Toutefois son action est inférieure à celle de sulfate de quinine. La cédrine est absolument inefficace contre la rage et les morsures de serpents.

*Sur la pilocarpine*. — M. William Squire résume l'état de nos connaissances sur cette substance. M. Jacobi (de New-York) rapporta les résultats de son expérience dans le traitement de la diphthérie avec cette substance, et le professeur Quinlan, de Dublin, qui le premier l'introduisit en Irlande, préconise son emploi à doses élevées.

M. Henri Huchard a employé avec le plus grand succès la pilocarpine en injections souscutanées (10 à 15 milligr. par jour) dans la polyurie. Dans un premier cas, de *polyurie azoturique*, caractérisée par une élimination d'urée considérable (90 à 100 grammes par jour) et donnant lieu à la perte des forces, à l'amaigrissement, les urines sont tombées en dix jours de 12 litres à 2 litres et l'urée de 90 grammes à 25 ou 30 grammes, moyenne physiologique. Sous cette influence, les forces revinrent, l'amaigrissement s'arrêta, le malade gagna même en poids. Le malade fut observé pendant trois mois, et la guérison fut confirmée, alors que depuis plus de six mois, toutes les médications avaient été mises en usage sans aucun résultat (belladone, extrait de valériane, opium, électricité, ergot de seigle, hydrothérapie, etc., etc.).

Une malade atteinte de *polyurie glycosurique*, c'est-à-dire de polyurie avec légères quantités de sucre dans les urines fut également guérie par l'emploi du même moyen. Dès le lendemain de la première injection, le sucre (en trop petite quantité pour constituer le diabète) avait disparu des urines et après onze jours de traitement, la quantité d'urine éliminée variait de 2,000 à 1,800 grammes.

Le troisième malade, atteint de *polyurie simple*, c'est-à-dire sans augmentation ni diminution d'urée, fut guéri dans les mêmes conditions.

Ce résultat, qui n'avait pas encore été obtenu, s'explique par une sorte de dérivation cutanée produite au moyen de la pilocarpine et par les effets physiologiques de cette substance sur l'élimination d'urée qu'elle diminue. D'où son emploi dans la polyurie, et surtout dans la polyurie azoturique.

A propos de l'emploi de la pilocarpine dans les maladies du rein, M. Huchard insiste particulièrement sur les dangers d'administrer ce médicament dans tous les cas où existent les symptômes d'adynamie cardiaque. Aussi dans l'asystolie, ce médicament lui semble-t-il absolument contre-indiqué.

Enfin, il a entrepris, avec son interne, M. Binet, des expériences qui tendraient à prouver l'action favorable des injections de pilocarpine à *faible dose* (0,005 milligr.) contre les sueurs locales, et surtout les sueurs des phthisiques. Mais ce point appelle encore d'autres observations.

M. Martindale parla ensuite des différentes préparations de la pilocarpine, et de la prétendue présence d'un second alcaloïde dans le jaborandi, la *jaborine*, qui, d'après lui, n'existerait pas.

Une intéressante discussion, à laquelle prirent part un grand nombre de membres, eut lieu au sujet des expériences sur les animaux. Tous les orateurs se prononcèrent en faveur de ce moyen d'investigation.

M. Roberts, de Manchester, lut un travail sur la préparation des peptones.

*Des remèdes employés pour rendre plus rapide la résorption des produits morbides et inflammatoires.* — M. Dujardin-Beaumetz ouvre la discussion par une communication des plus intéressantes. Il montre d'abord ce qui se passe dans nos tissus lors du développement de ces produits et de leur disparition, et le rôle des systèmes vasculaires et nerveux dans ces divers processus. La thérapeutique peut aider, dans uue certaine mesure, la résorption de ces produits. Elle peut hâter la régression de ces produits à l'état embryonnaire, ou favoriser la dégénérescence granulo-graisseuse des nouveaux tissus et activer leur résorption, ou bien encore faciliter le développement du tissu fibreux ou cicatriciel qui vient étouffer les néoplasies morbides. Les moyens dont on dispose pour obtenir ces trois effets sont nombreux : les uns agissent d'une façon mécanique, tels sont la compression et le massage, par exemple ; les autres, beaucoup plus actifs, agissent surtout par révulsion. Les médicaments internes donnent une activité plus grande à la circulation lymphatique et capillaire, et facilitent ainsi la résorption des produits morbides ayant subi la régression granulo-graisseuse.

En dehors des médicaments qui peuvent agir sur certains épanchements inflammatoires, comme par exemple, les diurétiques et les purgatifs, qui ont une action réelle sur la disparition des épanchements inflammatoires pleuraux et péritonaux, et en dehors de ceux qui, en agissant sur la nutrition en général, comme l'arsenic, peuvent aider à la résorption des néoplasies, nous ne possédons que deux ordres de médicaments qui aient une action réelle et élective sur la nutrition de ces néo-formations. Ce sont les iodures et les mercuriaux dont M. Dujardin-Beaumetz résume le mode d'action.

La dernière séance fut occupée par une longue et intéressante discussion sur trois mémoires traitant pfus ou moins la même question : *Sur l'action des médicaments sur le cœur et les vaisseaux sanguins,* par le professeur Boehm, de Marburg. — *Sur l'action de l'atropine et de la muscarine sur le cœur de la grenouille,* par le docteur Gaskell, de Cambridge, et *Sur l'action de la duboisine sur la circulation,* par M. G.-A. Gibson, d'Edimbourg.

Les travaux de la section furent terminés par la lecture d'un mémoire de M. le professeur Rossbach, de Wurtzbourg, *Sur la papayotine,* et par une courte communication de M. Jules Worms, *Sur l'action du sulfate de quinine dans la glycosurie.* L.-H. Petit.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans mon avant-dernier *Bulletin* (v. Union Médicale, 3 décembre), j'ai fait les réserves les plus formelles contre les observations de MM. Hément et Axon, relatives à l'accent du pays natal qu'on aurait constaté chez les sourds-muets qui apprennent à parler après avoir recouvré l'ouïe. — Aujourd'hui, M. Graham Bell, l'illustre inventeur du téléphone, apporte non-seulement des réserves, mais des observations personnelles qui contredisent absolument celles de MM. Hément et Axon. Il a, depuis quelques années, examiné plus de quatre cents sourds-muets auxquels la parole a été rendue. Chez aucun d'eux il n'a constaté rien qui res-

semblât à l'accent du pays natal. Il croit que, si ce phénomène s'est produit, c'était uniquement chez des sourds-muets qui avaient parlé dans leur enfance et qui, ensuite, étaient devenus sourds. Il n'y a rien là qu'on puisse invoquer en faveur de l'hérédité. Les sourds-muets, dit M. Graham Bell, n'ont pas l'accent natal par la même raison qui fait que nous ne parlons pas chinois : Ils ne l'ont pas entendu, pas plus que nous n'avons entendu le chinois. » C'est, en termes pittoresques, exactement ce que j'avais dit.

M. Frédéric Weil met sous les yeux de l'Académie un buste et différents objets de serrurerie en fonte recouverte d'une très mince couche de cuivre au moyen d'un bain électrique. M. Dumas, qui présente ces objets, ajoute que depuis douze ans il possède, dans sa maison, des espagnolettes de fenêtres ainsi préparées, et qui n'offrent pas trace de la moindre altération.

A ce propos, M. Hervé-Mangon fait observer que l'usine du val d'Osne produit chaque année, et depuis longtemps, des milliers de kilogrammes de fonte cuivrée, soit qu'il s'agisse d'œuvres d'art, soit qu'il s'agisse d'objets à l'usage du bâtiment.

M. Gaillon, ancien élève de M. Pasteur, a cherché des phylloxeras malades, puis, attribuant leur maladie à des germes contenus dans leurs liquides organiques, il a introduit dans le corps de ces phylloxeras des tubes de verre d'une finesse extrême, a sucé les liquides intérieurs et, avec les précautions convenables, a porté ces liquides dans un milieu de culture appropriée, afin d'obtenir une liqueur qui eût été toxique pour les phylloxeras et qui fût devenue, en quelque sorte, le vaccin de la vigne. M. Gaillon n'est pas encore parvenu à des résultats satisfaisants. C'est regrettable et, en attendant, cela nous paraît quelque peu fantastique. Qu'on nous le pardonne.

M. Dumas estime que ces tentatives offrent un grand intérêt, et sont dignes d'être encouragées par l'Académie.

M. le colonel Périer expose de fort belles cartes de la Tunisie, au quarante millième, gravées sur pierre (ou sur zinc) en quatre couleurs.

M. Davaine donne lecture d'un mémoire sur la rapidité de l'accroissement des virus dans l'économie. Il rappelle les expériences instituées en 1849, par M. Renauld, directeur de l'Ecole d'Alfort, sur la rage; expériences desquelles il résultait que la cautérisation pratiquée cinq minutes après l'inoculation du virus rabique, n'empêchait pas les animaux de mourir enragés. Il cite encore les expériences plus récentes de M. le professeur Colin, d'Alfort, qui, après avoir inoculé la rage à la pointe de l'oreille d'un animal coupait toute l'oreille deux minutes après, ce qui n'empêchait pas la maladie de se développer. Nous reviendrons sur ce sujet.

MM. les secrétaires perpétuels font mettre en distribution les deux premiers fascicules d'une œuvre qui était désirée par tous les travailleurs et qui mérite les plus grands éloges. Il s'agit des « Tables générales » des travaux de l'Académie. L'un de ces fascicules est intitulé : « Tables générales des travaux contenus dans les mémoires présentés par divers savants à l'Académie. — Première série, tomes I à XI (1806-1811). — Seconde série, tomes I à XXV (1827-1877). »

L'autre fascicule, plus volumineux que le premier, porte pour titre : « Tables générales des travaux contenus dans les mémoires de l'Académie. » Première série, tomes I à XIV (an VI-1815). — Seconde série, tomes I à XL (1816-1878).

Nous disons que ce sont les deux premiers fascicules, parce que nous espérons bien que MM. les secrétaires perpétuels n'en resteront pas là, et auront à cœur de compléter leur œuvre. L'Académie des sciences existait avant 1806. Il faut donc faire pour le passé ce qu'on vient de faire pour la période contemporaine. D'un autre côté, tous les travaux intéressants, soit des membres de l'Académie, soit des savants étrangers à l'Académie, n'ont pas été insérés dans les *Mémoires de l'Académie.* Il faut donc faire, pour les comptes rendus hebdomadaires des séances, ce qu'on a fait pour les mémoires. La besogne sera plus considérable, c'est vrai, mais l'œuvre, du moins, sera complète. Telle qu'elle est, cette publication constitue un vrai service rendu aux savants et au public. A ce dernier titre, nous en sommes personnellement reconnaissant. — M. L.

---

M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (commissions de scolarité, de médecine et de pharmacie).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du célèbre chirurgien russe Pirogoff, décédé en Podolie, le 5 de ce mois, à l'âge de 71 ans.

---

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## CAS RARES DE TUMEURS PÉRI-URÉTHRALES BLENNORRHAGIQUES;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 juillet 1881 (1),

Par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

III

Ainsi, cette singulière tumeur, d'un volume si insolite dans une pareille région, avait eu un processus lent et s'était développée peu à peu sans provoquer autour d'elle aucune réaction inflammatoire, sans se compliquer, ce qui est l'ordinaire autour de l'urèthre, d'un phlegmon circonscrit ou diffus du tissu cellulaire sous-cutané. Elle n'adhérait qu'en deux points aux parties qui l'avoisinaient : d'abord et avant tout à l'urèthre d'où elle émanait manifestement et auquel elle était liée par un pédicule étroit et court; en second lieu, à la partie inférieure du testicule droit et à son épididyme.

Cette seconde adhérence s'était faite sous mes yeux, et je lui attribuais beaucoup moins d'importance qu'à la première, au point de vue du processus pathogénique de la tumeur. Elle méritait cependant d'être prise en sérieuse considération, puisque des personnes très compétentes, à qui je montrai le malade vers le milieu du mois de mars, supposèrent d'abord que cette tumeur provenait de l'épididyme. La lenteur de son développement, sa consistance, la forme et la disposition de ses bosselures, sa situation et ses attaches inférieures donnaient quelque apparence plausible à cette hypothèse, sans la justifier entièrement.

On pouvait, en effet, lui objecter les circonstances suivantes qui étaient bien propres à en diminuer la valeur :

1° La palpation faisait constater derrière le testicule droit la totalité de l'épididyme dont la structure était normale. Comment cet organe ayant conservé toute son intégrité aurait-il pu donner naissance à une tumeur aussi volumineuse? J'ai bien vu quelquefois, dans certaines affections chroniques et surtout tuberculeuses du testicule, le *vas aberrans* se prendre et se tuméfier presque seul au début de

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 décembre.

# FEUILLETON

**NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE** — *la Terre et les Hommes*, — par Elisée RECLUS. — VII, l'Asie orientale, contenant 7 cartes en couleur tirées à part, 162 cartes dans le texte, et 90 vues et types gravés sur bois. — Paris, 1882, librairie Hachette.

Ce septième volume est d'un intérêt exceptionnel, car il est destiné à nous faire connaître les deux nations qui excitent le plus notre curiosité depuis des siècles, la *Chine* et le *Japon*. « Nous avons vu, dit notre auteur, que l'immense territoire russe comprend les dépressions aralo-caspiennes et le versant septentrional des systèmes de montagnes qui se prolongent de l'Altaï et des monts Célestes aux chaînes côtières de la Mandchourie. Au sud et à l'ouest, les deux péninsules des Indes, le plateau d'Iran, l'Asie antérieure ne sont pas moins bien limités par des remparts de monts neigeux, par des golfes et des mers. De même, à l'Orient, la Chine forme, avec la Corée et les archipels voisins, comme un monde à part qu'enferme un amphithéâtre de plateaux et de montagnes d'un pourtour de 10,000 kilomètres!... » Ce vaste pays, l'auteur nous initie à sa connaissance par des considérations générales, où abondent les vues ingénieuses et savantes exposées dans un beau style, sur la configuration et les qualités du sol, les grands cours d'eau qui facilitent les communications, l'immense étendue de la *Terre Jaune*, qui est la région par excellence pour l'agriculture et où devaient se développer naturellement les habitudes paisibles que donne le travail des champs, en un mot sur toutes les conditions qui ont fait grandir la civilisation dans la *Fleur du milieu*, d'où elle a été portée plus tard au Japon et à Formose. « Sans être insurmontables, les obstacles naturels sont

l'affection, s'indurer et former une sorte de cylindre irrégulier et contourné qui s'enchevêtre dans les autres portions de l'épididyme encore saines ou déjà plus ou moins atteintes par la même lésion. Mais, en pareil cas, il existe toujours des adhérences plus ou moins étroites et étendues entre la production morbide et les enveloppes du testicule, et il ne tarde pas à s'ouvrir sur la surface du scrotum une ou plusieurs de ces fistules qui suppurent indéfiniment.

2° Dans toutes les affections subaiguës ou chroniques de l'épididyme, il existe toujours, au début du moins, une adhérence permanente ou transitoire entre la queue de l'organe et les enveloppes du testicule. Dans le fait dont je m'occupe, cette adhérence avait toujours fait défaut.

3° Au début, la tumeur avait exclusivement des connexions avec l'urèthre. C'est sur sa face inférieure qu'elle était née et qu'elle était restée confinée pendant les deux premiers septénaires de sa durée, jusqu'au moment où son accroissement extraordinaire avait poussé sa partie inférieure jusqu'au niveau de l'épididyme du côté droit.

## IV

L'événement montra que ces objections étaient fondées. En effet, à partir du 19 mars (cinquantième jour de la blennorrhagie), la tumeur, qui avait débuté environ quarante jours auparavant, diminua rapidement des deux tiers. Dans ce mouvement de retrait, elle se détacha de plus en plus de l'épididyme et du testicule auxquels elle n'était sans doute unie que par de très faibles adhérences. En même temps ses attaches avec l'urèthre, au moyen d'un pédicule, devinrent de plus en plus évidentes. Sa forme, sa consistance, son isolement dans le tissu cellulaire de la région restèrent toujours les mêmes. Le pédicule très court avait le volume d'une plume d'oie.

On continuait à employer le même traitement antiphlogistique simple, c'est-à-dire des cataplasmes, des bains et le repos.

L'écoulement avait augmenté. Le 30 mars, sans cause appréciable, le malade éprouva de la dysurie; le jet de l'urine s'interrompait brusquement, l'émission de l'urine restait longtemps impossible, si bien qu'il fallut recourir au cathétérisme.

Ces troubles de la miction, d'origine spasmodique, car il n'existait ni rétrécissement, ni cystite, ni prostatite, durèrent plusieurs jours et résistèrent à l'emploi

---

plus grands entre les divers pays de l'Europe qu'ils ne le sont entre les territoires de la Chine orientale, et ce sont, pour une bonne part, ces obstacles mêmes qui, en empêchant la centralisation politique, tout en permettant les relations de pays à pays, ont maintenu l'initiative des peuples de l'occident et en ont fait les instructeurs des autres races. » Du reste, des causes géologiques puissantes de séparation entre le versant oriental et le versant méditerranéen du continent asiatique expliquent comment, pendant des milliers d'années, la nation chinoise « s'est développée seule, ne puisant que dans son propre fonds, complètement isolée du reste de l'humanité. »

Mais cet isolement n'existe plus; la race « jaune » se met en communication avec les autres peuples, et cela dans des proportions de plus en plus considérables. « Le monde est devenu trop étroit pour que les civilisations puissent se développer isolément... un courant continu se meut de peuple à peuple sur toute la rondeur de la planète, à travers les continents et les mers. » Des villages chinois s'élèvent en Amérique, au Pérou, en Australie, et des comptoirs chinois s'ouvrent à New-York et à Londres. Dans les puissantes manufactures, dans les grandes fermes agricoles de la Nouvelle-Angleterre, les coolies qui émigrent de la Chine sont recherchés à cause de leurs qualités incontestables. Les ouvriers chinois l'emportent généralement sur les autres par l'intelligence et l'activité; et la rivalité entre le travail des Jaunes et celui des Blancs, qui menace de mettre aux prises les deux moitiés du monde, a déjà commencé dans plus d'une contrée.

Ici une terrible pensée s'élève : « Après avoir eu à traverser partout les foules humaines se refermant autour d'eux comme les flots de l'Océan, des voyageurs tels que Richthofen, Armand David, Vasilyev, sont revenus effrayés de ces formidables multitudes foisonnant dans l'immense empire. Ils se demandent avec effroi ce que feront ces foules quand des conqué-

méthodique de la sonde pour combattre la rétention qui se produisit à des intervalles irrégulièrement intermittents. Je finis par faire appliquer au périnée 15 sangsues qui produisirent immédiatement une très grande amélioration.

Ces épiphénomènes désagréables de la blennorrhagie n'empêchèrent point la tumeur uréthrale de diminuer progressivement. Elle resta étrangère à ce qui s'accomplissait dans l'urèthre et dans la vessie. Au bout de dix jours, elle était réduite à un petit noyau de la grosseur d'une cerise, dur, mamelonné, presque indolent et toujours libre dans les enveloppes du testicule, appendu à la face inférieure de l'urèthre, un peu en arrière de l'angle péno-scrotal, sans aucune connexion maintenant ni avec les testicules ni avec l'épididyme.

Le 9 avril (deuxième mois révolu de sa durée), elle était réduite à une espèce de cylindre, régulier, dur, gros comme une plume d'oie, long de 2 ou 3 centimètres, obliquement dirigé en avant, en bas et à droite, sans inflammation périphérique, indolent, rigide et qui présentait ce caractère particulier que, libre par son extrémité inférieure et comme flottant, il s'insérait d'une façon de plus en plus nette, sur la portion susindiquée du canal de l'urèthre. La tumeur ovoïde avait disparu ou plutôt elle était devenue cylindrique comme le pédicule dont elle ne se distinguait pas.

Vers le milieu du mois d'avril, ce reste de tumeur, devenu cylindrique, disparut complètement. La miction était revenue à son état normal, l'écoulement avait à peu près disparu. Le malade sortit complètement rétabli.

## V

D'après ce qui précède on n'élèvera, je pense, aucun doute sur le siège et sur la provenance de la tumeur. Elle était scrotale et pourtant elle naissait manifestement de l'urèthre. C'était une tumeur glandulaire dont le processus, au lieu d'être aigu, rapide et violemment inflammatoire comme cela a lieu dans l'immense majorité des tumeurs glandulaires de cause blennorrhagique, avait été indolent, presque chronique, sans aucune irradiation phlegmasique à l'entour, et n'avait pas dévié de ce mode de processus pendant toute sa durée.

C'est ce qui avait permis d'assister à son évolution et d'en suivre pas à pas toutes les phases depuis sa naissance jusqu'à sa terminaison.

N'était-ce pas le type de ce que peut produire l'engorgement d'une glande aci-

---

rants les auront disciplinées et s'en serviront contre le monde européen. Ne peuvent-elles recommencer sous une autre forme les invasions mongoles quand, munies des mêmes armes que les nations européennes et plus unies, elles se trouveront sous les ordres d'un autre Djenghiz-khan? Craignant, que dans la « lutte pour l'existence », les Chinois ne puissent facilement devenir nos maîtres, des écrivains demandent même sérieusement que les puissances européennes reviennent sur l'œuvre accomplie, qu'elles referment les ports ouverts et tâchent de repousser les Chinois dans leur ancien isolement et dans leur ignorance. D'autres écrivains s'applaudissent que l'opium endorme la nation chinoise et l'empêche de connaître sa force. « N'était l'opium, dit Vasilyev, la Chine envahirait tôt ou tard le monde entier. Elle « étoufferait l'Europe et l'Amérique dans ses embrassements. » M. Reclus se demande quels seront pour l'humanité les résultats de cette annexion d'un demi-milliard de Chinois au mouvement général de l'histoire, annexion qui semble dans sa pensée menacer le monde entier de devenir jaune......

Des considérations aussi élevées, aussi grandes d'intérêt, se présentent fréquemment dans le cours de l'ouvrage que nous cherchons à faire connaître. Relativement à la notion religieuse, les faits suivants demandent à être signalés. Le Tibet est le centre du bouddhisme chinois. Cependant ce ne fut qu'au cinquième siècle que des missionnaires hindous commencèrent la conversion du peuple tibétain; et le premier temple ne fut bâti qu'en 698. « Cent ans après, des édifices religieux, des couvents s'élevaient dans toutes les parties de la contrée, et la religion de Boudda rayonnait sur le Tibet comme « la lumière du soleil ». Ce fut l'âge d'or de la puissance théocratique, car, d'après l'historien mongol Sanang-Setzen, « le respect sans « bornes que l'on éprouvait pour les prêtres donna au peuple une félicité semblable à celle « des esprits bienheureux ! »

neuse, simple ou compliquée, lorsque cet engorgement, d'une allure demi-inflammatoire, suffisante pour lui faire parcourir la période successive d'augment, d'état et de déclin, n'a pas cependant assez de force d'expansion pour dépasser la limite du stroma?

On voit par là jusqu'à quel degré vraiment extraordinaire de tuméfaction peut aboutir un petit organe sécréteur, lorsqu'il est envahi par un travail inflammatoire dont le premier effet sans doute est d'obturer sa communication avec le canal de l'urèthre. Par l'accumulation des produits morbides qui pullulent dans son intérieur, une glandule grosse comme un pois peut acquérir le volume d'une orange.

Je ferai remarquer à ce sujet combien l'urèthre et la tumeur glandulaire qui a pris naissance dans sa paroi, restent étrangers l'un à l'autre; un pédicule bouché est leur seul lien. Il ne se forme pas dans l'intérieur du canal la plus petite proéminence à ce niveau. Les bougies à boule nº 16 et 18 ne m'en ont pas fait percevoir la moindre trace.

Aussi cette tumeur uréthrale n'a-t-elle pris aucune part aux troubles de la miction survenus sur la fin de la blennorrhagie. Ces troubles tenaient à une action spasmodique de la portion membraneuse du canal et du col de la vessie. Ils étaient suscités par l'inflammation blennorrhagique des parties profondes de l'organe, et entretenus par des mouvements fluxionnaires prostato-vésicaux dont une abondante émission sanguine locale fit promptement justice.

Dans des tumeurs aussi rares que celle-ci, le pronostic est encore plus difficile que le diagnostic. On ne peut pas avoir la certitude que le processus ne franchira pas les limites de la glande pour donner lieu à un phlegmon périphérique. La lenteur du début est pourtant une garantie contre cette éventualité. Il n'en faudrait pas conclure que l'inverse est vrai, puisque, comme on le verra tout à l'heure, une invasion brusque et violente du processus glandulaire est quelquefois suivie d'une résolution très rapide.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs uréthrales qui siègent dans le scrotum ne sont pas dangereuses. J'en ai observé plusieurs devenues très vite phlegmoneuses et purulentes qui ont rapidement guéri du moment que l'abcès a été ouvert. Il ne faut pas hésiter à y plonger de bonne heure le bistouri, lorsque le processus a envahi le tissu cellulaire et que la peau des bourses est devenue rouge et adhérente. Il n'est pas nécessaire d'attendre la fluctuation.

---

Mais ce qui est surtout remarquable : « .... Si les grandes idoles sont hindoues, on pourrait croire que l'ensemble des rites appartient à l'église catholique romaine. Depuis longtemps déjà, les missionnaires ont remarqué l'extrême analogie des pratiques du bouddhisme et des cérémonies du catholicisme, et la plupart d'entre eux ont vu dans cette presque identité du culte extérieur un artifice du démon essayant de singer le Dieu des chrétiens. D'autres ont essayé de prouver que les prêtres bouddhistes, après avoir abandonné leur antique cérémonial, se sont tout simplement emparés du rituel des chrétiens avec lesquels ils se sont trouvés en rapport dans l'Hindoustan. On sait maintenant quelle large part ces deux religions, relativement modernes, ont eue dans l'héritage des anciens cultes de l'Asie, et comment, de siècle en siècle, les mêmes cérémonies se sont continuées en l'honneur de nouvelles divinités. Il n'en est pas moins étonnant que, par l'effet d'une évolution parallèle en des milieux si différents, l'Occident et le centre de l'Asie, les formes extérieures du bouddhisme et du catholicisme aient maintenu leur ressemblance, non-seulement dans les grands traits, mais aussi dans les détails. Les prêtres bouddhistes sont tonsurés comme ceux de l'église catholique; ils portent aussi des robes flottantes, couvertes de broderies d'or; ils observent le jeûne, pratiquent des retraites spirituelles, s'infligent des pénitences et des macérations, confessent les fidèles, demandent l'intercession des saints et font de longs pélerinages pour aller visiter les reliques. Comme chez les prêtres catholiques, le célibat est devenu la règle pour les lamas après n'avoir été qu'un fait méritoire, et à côté des temples se sont fondées des communautés d'hommes et de femmes, n'ayant en vue que de travailler à leur salut. Jusqu'à la disposition intérieure des édifices sacrés, tout se ressemble : comme les églises, les temples tibétains ont leur autel, leurs chandeliers, des cloches, des reliquaires, des vases d'eau lustrale et d'eau bénite. Les lamas officient mitre en tête et crosse en main, portant la dalmatique et la chape;

Mais quand ces tumeurs évoluent comme celles dont nous nous occupons, il faut bien se garder d'y toucher et l'expectation ou une médication antiphlogistique très simple constituent le seul traitement qui lui convienne.

*(La fin à un prochain numéro.)*

## MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

LA PLANÈTE QUE NOUS HABITONS. *Notions familières d'astronomie physique.* Bibliothèque des écoles et des familles, par M. Stanislas MEUNIER. — Paris, Hachette, 1881; in-8° de 224 pages.

Voici un livre que j'ai lu avec un intérêt extraordinaire, et j'affirme, sans crainte d'être démenti par personne, que tout lecteur partagera mon sentiment. De même qu'on désigne par le mot *princeps* la première édition d'un ouvrage, de même on devrait désigner par ce mot, ou par quelque autre analogue, le livre qui, pour la première fois, traite un sujet. Non que « la planète que nous habitons » soit un sujet nouveau, mais M. Stanislas Meunier s'est placé pour étudier cette planète et le système dont elle fait partie, à un point de vue qui lui appartient en propre sous certains rapports, et c'est ce point de vue qui fait de son livre un livre princeps. Je veux parler des météorites.

Niées d'abord par tous les savants jusqu'à l'immortel Lavoisier inclusivement, les météorites, une fois leur réalité constatée, ont donné lieu aux explications les plus diverses. M. Stanislas Meunier en a reconnu la vraie nature; ce sont les débris d'un astre disparu.

A part quelques caractères généraux qui tiennent aux conditions mêmes de la chute, les pierres tombées du ciel offrent, dans leur composition, des différences considérables. Elles représentent des échantillons minéralogiques variés, et c'est à l'aide de ces échantillons, patiemment analysés et nettement déterminés, que M. Meunier a eu l'heureuse fortune de reconstituer le globe d'où elles proviennent.

Par des considérations du plus haut vol, mais sans sortir jamais du domaine de la science, le paléontologiste sidéral, — si l'on veut me passer cette expression, — a retrouvé la place qu'occupait l'astre brisé; il a indiqué son volume et son âge, volume et âge relatifs, bien entendu, à ceux des autres astres qui composent le système solaire. L'âge, en ces matières, ne doit pas s'entendre du temps qui s'est écoulé depuis l'époque de la naissance, c'est-à-dire de la formation, mais bien de l'état de concentration où chaque astre est parvenu successivement. En effet, tout le système solaire, conformément à la théorie de Laplace, a d'abord formé une seule et même nébuleuse.

Le premier anneau, — le plus excentrique, — qui s'en est séparé, a donné naissance aux deux astres les plus éloignés du soleil, Neptune et Uranus. Or ceux-ci sont encore tous les

---

ils saluent l'autel et s'agenouillent devant les reliques, entonnent les chants, récitent les litanies, prononcent des bénédictions et des exorcismes; autour d'eux des enfants de chœur balancent des encensoirs suspendus à cinq chaînes, et les fidèles égrènent leurs chapelets et leurs rosaires.... »

Cependant, en Chine, le déclin de la religion bouddhique est évident. Chose curieuse! « souvent les empereurs et les hauts fonctionnaires ont lancé des édits et publié des circulaires pour détourner le peuple des superstitions non prévues par le recueil des cérémonies et le mettre en garde contre tous les prêtres, « frêlons imposteurs qui viennent piller la ruche de l'abeille ». Les religions s'usent.

Aucune étude n'est plus intéressante que celle de la civilisation chinoise, et l'on aime à suivre l'auteur dans ses récits tantôt savants ou spirituels, tantôt éloquents, sur tout ce qui concerne la Chine, langage et mode de prononciation, croyances religieuses, caractère, famille, lois, coutumes, monuments, révolutions, inondations, commerce, industrie manufacturière, agriculture, organisation sociale, etc., etc., etc.

Certaines paroles impériales chinoises sont de nature à ne pouvoir être passées sous silence. En Chine, le souverain n'est point responsable de ses propres actes, mais la fiction gouvernementale le rend responsable de l'heur et du malheur de son peuple. En Europe, les souverains aiment à s'attribuer la prospérité de leur nation, rarement les revers qui frappent le pays. En Chine, c'est le contraire. « Le peuple a-t-il froid, dit l'empereur Yao, c'est moi qui en suis cause; a-t-il faim? c'est ma faute; tombe-t-il dans quelque infortune? c'est moi qu'il faut accuser. » Voici comment l'empereur Yu s'imputait les calamités du peuple : « Pendant les règnes de Yao et de Chun, disait-il, tous les sujets se faisaient un devoir de

deux à l'état gazeux. Ce sont donc les plus anciens, dans l'ordre de l'apparition, et les plus jeunes si l'on considère leur constitution. Ensuite sont venus Jupiter et Saturne que les récentes analyses spectroscopiques montrent à l'état liquide. Les plus âgés, eu égard au degré de concentration, sont dans les petites planètes inférieures : Mercure, Vénus, la Terre et Mars...

Je ne puis suivre plus loin l'auteur dans ce simple compte rendu. L'exposition, même incomplète du sujet, exigerait une série d'articles, que j'aurais d'ailleurs plaisir à écrire si ce journal pouvait m'accorder l'espace nécessaire. Ce que j'en ai dit suffira peut-être pour faire comprendre quel intérêt s'attache aux travaux dont il s'agit. L'œuvre de Cuvier, qui avec quelques ossements fossiles reconstruisit une faune éteinte, nous paraît, avec raison, prodigieux. A l'aide de quelques pierres fossiles tombées des espaces extra-terrestres, M. Stanislas Meunier, avec la même sûreté de méthode et la même précision scientifique, reconstruit un monde émietté et fonde la *Géologie du ciel.* — M. L.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

**Séance du 14 décembre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.**

Sommaire. — Liquide graisseux extrait de la tunique vaginale. — Rapport sur une observation de phlébite suppurée et d'infection purulente (?) guéries par les applications de chlorure de zinc. — Rapport sur une observation d'extraction d'un fragment de sonde arrêté dans la portion membraneuse du canal de l'urèthre. — Sur une des causes des insuccès de la chloroformisation et des accidents qu'elle produit. — Du manuel opératoire de la colotomie lombaire. — Présentation de malade : Anévrysme artérioso-veineux consécutif à une fracture de la base du crâne.

M. Le Dentu croit devoir donner quelques explications complémentaires au sujet du liquide graisseux extrait de la tunique vaginale qu'il a présenté dans la dernière séance.

Il s'agit d'un individu ayant passé trois ans à Nossi-Bé (Nouvelle-Calédonie); il était atteint d'hydrocèle double. Une première ponction avait donné issue à un liquide semblable à celui que M. Le Dentu met sous les yeux de ses collègues. Le liquide s'est reproduit, M. Le Dentu a pratiqué une deuxième ponction et appliqué le traitement de l'hydrocèle simple. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'avant de faire la ponction il s'était assuré que l'hydrocèle était manifestement transparente des deux côtés, bien que le liquide extrait ne le soit pas.

Depuis mercredi dernier, M. Le Dentu a fait des recherches et parcouru les travaux publiés au sujet des épanchements chyliformes des cavités séreuses. En outre de nombreux exemples de pleurésies et d'ascite à contenu chyliforme dont il a trouvé la relation dans un travail de

---

suivre l'exemple de leurs vertus. Il faut que je sois loin de leur ressembler, puisque sous mon règne on voit tant de criminels. » Ce mot n'est-il pas charmant?

Le Japon, bien loin d'offrir l'étendue de l'immense empire chinois, occupe à peine la treizecentième partie de la surface du globe ; mais il est un des pays les plus curieux de la terre par sa nature, ses habitants, son histoire, et surtout par les événements qui s'y accomplissent. « De toutes les nations vivant en dehors de l'Europe, du Nouveau-Monde et de l'Australie, les Japonais sont les seuls qui aient accueilli de plein gré la civilisation de l'Occident, et qui cherchent à s'en appliquer toutes les conquêtes matérielles et morales.... Libres politiquement et religieusement, c'est en qualité de disciples volontaires, et non de sujets, qu'ils entrent dans le monde européen pour lui emprunter ses idées et ses mœurs.... Au point de vue des connaissances scientifiques et des progrès industriels, le Japon appartient désormais au groupe des nations jouissant de la civilisation dite « occidentale » ou « aryenne ».

Ces lignes résument le thème complexe et riche que l'auteur a remarquablement développé, en décrivant les mœurs et les travaux des Japonais, en même temps que les contours de leurs îles, les saillies de leurs montagnes, les méandres de leurs cours d'eau, les produits de leur sol, etc., etc. Les détails nombreux et précis dans lesquels il est entré, les charmantes photographies par lesquelles il a mis sous les yeux des lecteurs les diverses classes de la société japonaise, les dessins des villes et les vues du pays, nous transportent au Japon et nous le font parcourir avec un vif intérêt et sans fatigue.

J'ai eu déjà plusieurs fois l'occasion de signaler aux lecteurs de l'Union Médicale le mérite littéraire et les qualités spéciales de la *Nouvelle géographie universelle.* Ai-je besoin de dire

M. Depaul et dans la thèse toute récente de M[me] Perret, M. Le Dentu a trouvé une observation de Vidal (de Cassis) relative à une hydrocèle double de la tunique vaginale, constituée par un épanchement de liquide semblable chez un individu né aux Antilles; une observation pareille de Demarquay, sauf que le liquide était contenu dans une poche extra-vaginale, sur un individu originaire des Antilles espagnoles; une observation de Velpeau relative à un épanchement dit *laiteux* de la tunique vaginale; enfin des observations analogues de Fergusson et d'Astley Cooper sur des individus originaires des Indes anglaises ou ayant séjourné dans ces pays.

Parmi toutes les observations d'ascites ou de pleurésies à contenu chyliforme qu'il a dépouillées, M. Le Dentu n'a constaté qu'un seul cas où le sujet fut originaire des pays intertropicaux; c'était une femme, née à Surinam et affectée d'ascite. Tous les autres sujets étaient des Européens. Quelle peut être l'influence du climat sur la production de ces sortes d'épanchements? Il est difficile de le dire.

Dans le cas de M. Le Dentu, il s'agit d'une hydrocèle double, comme dans le cas de Vidal (de Cassis). Dans un autre cas observé antérieurement par M. Le Dentu, il s'agissait également d'une hydrocèle double. Malheureusement le liquide, d'ailleurs exactement semblable à celui qu'il présente aujourd'hui, a été égaré.

M. Le Dentu répète que chez son dernier malade, il n'y avait aucune lésion tuberculeuse des testicules, ce qui éloigne l'idée d'un abcès dont le pus aurait subi la transtormation graisseuse.

M. Verneuil fait observer que dans la plupart des cas signalés par M. Le Dentu, ces collections chyliformes ont été observées chez des individus originaires des régions tropicales ou ayant séjourné dans ces pays. Or, il existe dans ces contrées une affection particulière des bourses, une sorte d'éléphantiasis de ces parties, caractérisée par des dilatations variqueuses des vaisseaux lymphatiques de la peau très appréciables à la surface scrotale, et dont la piqûre donne issue à un liquide tout à fait analogue, par son aspect, à celui du malade de M. Le Dentu.

Dans ce liquide on a observé les embryons de la filaire de Treutler, et, dans un de ces vaissaux lymphatiques ainsi dilatés, on a constaté l'existence d'une filaire ayant plusieurs centimètres de long et le calibre d'un cheveu d'homme. Ces embryons et ces filaires se concentrent en très grande abondance dans un liquide que l'on a désigné sous le nom d'*urines chyleuses*. La *chylurie* est caractérisée par la présence de ces parasites dans la lymphe et dans le sang. Les mœurs de ce parasite sont bizarres; pendant le jour, il habite les vaisseaux lymphatiques, on ne le rencontre jamais dans le sang, la nuit, au contraire, on ne le trouve que dans le sang et pas dans la lymphe. Ces détails résultent de recherches nombreuses que M. Barth fils a réunies et consignées dans les *Annales de dermatologie* de M. Doyon.

Ces parasites, que l'on rencontre dans les urines chyleuses, doivent sans doute se rencon-

---

ici que les descriptions géographiques, qui en définitive sont le fond de l'ouvrage, sont magnifiques d'abondance, d'exactitude et de clarté, et que, grâce aux considérations utiles et aux aperçus intéressants qui les accompagnent et les vivifient, ainsi que l'on peut en juger par les citations qui précèdent, elles offrent une source d'étude pleine d'attrait? Il est impossible, quand on a de l'instruction, de l'intelligence, et la noble pensée de chercher à connaître un peu notre patrie terrestre, que l'on hésite à se livrer à une pareille lecture et qu'on l'abandonne quand on l'a commencée.

G. Richelot père.

---

La crémation. — M. Kœchlin-Schwartz a présidé samedi dernier l'assemblée générale de la Société française pour la propagation de la crémation, 14, rue de Penthièvre. Il a exposé le compte rendu des travaux de la Société fondée depuis un an seulement. Les membres de la Société sont au nombre de 406; les recettes ont été de 7,000 francs environ, et l'avoir, à l'heure actuelle, s'élève à plus de 2,000 francs.

M. Kœchlin a rendu compte ensuite des démarches faites par lui auprès de M. Constans, ministre de l'intérieur, pour obtenir qu'il lève le refus fait par lui d'autoriser des expériences de crémation. Il a terminé en faisant ressortir le prix modique de l'opération, trois francs, et en déclarant qu'il ne doutait pas de la bonne volonté du gouvernement.

On a décidé de ne rien faire jusqu'au 15 janvier, mais qu'à dater de cette époque tous les moyens seront employés pour faire prévaloir l'idée de la crémation.

L'article premier des statuts est modifié, et il est décidé qu'à l'avenir la Société se composera : 1° de membres titulaires; 2° de membres donateurs; 3° de membres honoraires; 4° de membres adhérents. La cotisation de ces derniers est fixée à un franc par an.

trer également dans tous les liquides chyliformes que l'on a observés sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les cavités séreuses, etc. Ces liquides paraissent avoir tous la même provenance lymphatique. Il y aurait donc lieu, toutes les fois qu'on les observe, d'en faire un examen microscopique très attentif, et il est probable que l'on y constaterait la présence des parasites dont il s'agit. M. le docteur Damaschino, qui, actuellement, a dans son service d'hôpital un individu affecté d'urines chyleuses, a découvert, dans l'urine et le sang de ce malade, l'embryon de la filaire de Treutler.

M. Després dit que, dans l'observation de Velpeau à laquelle M. Le Dentu a fait allusion, il s'agissait d'une hydrocèle dont le liquide, extrait par la ponction, fut trouvé lactescent. M. Charles Robin fit l'examen histologique de ce liquide et n'y trouva rien autre chose que des éléments gras ou cellules graisseuses.

M. Després ne croit pas que les liquides chyliformes soient de la lymphe véritable, comme le pense M. Verneuil. Suivant lui, la lymphe n'a pas cet aspect blanchâtre, si ce n'est celle qui sort du canal thoracique; la vraie lymphe est transparente et offre une coloration verdâtre comme de la chartreuse; elle ne se prend pas en coagulum.

M. Le Dentu déclare qu'il ne saurait se prononcer sur la provenance des liquides chyliformes dont il s'agit; le système lymphatique est encore si peu connu qu'il est difficile de rien dire de précis à ce sujet. L'opinion de M. Verneuil a pour elle quelques probabilités; cependant il est une objection à faire, *à priori*, à son hypothèse de l'existence de la filaire dans ces liquides; c'est que la plupart des malades affectés d'épanchements pleuraux ou ascitiques, ayant ce caractère de liquides chyliformes, n'appartiennent pas aux pays tropicaux, patrie de la filaire; c'étaient des Européens. Maintenant, y a-t-il de l'analogie entre ces épanchements pleuraux ou ascitiques chyliformes et les épanchements de la tunique vaginale? C'est là une question à résoudre par l'observation.

Chez son malade, M. Le Dentu n'a constaté aucune altération du côté du scrotum; il n'y avait là ni dilatations lymphatiques, ni épaississement de la peau; en un mot, aucun des caractères de l'éléphantiasis des bourses. Le liquide extrait de sa tunique vaginale a paru, à l'examen microscopique, ne contenir que des corpuscules de graisse.

M. Nicaise serait tenté de rapprocher ces cas de ceux dans lesquels on a rencontré de la cholestérine dans le liquide extrait de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Sous quelle forme se trouve la graisse dans ces émulsions? Ne pourrait-il pas se faire qu'elle provînt de la desquamation des cellules de l'épithélium de la tunique vaginale ayant subi la dégénérescence graisseuse? Ces corpuscules graisseux, à leur tour, pourront se transformer plus tard en cholestérine.

M. Guyon dit qu'il a extrait un liquide exactement semblable de la tunique vaginale d'un individu qui avait eu une hydrocèle à la suite d'une contusion violente de la région de l'aine. Il est probable qu'il y avait eu déchirure de quelques lymphatiques. C'était un individu qui n'avait jamais quitté la France.

M. Trélat dit avoir observé trois fois un écoulement de lymphe par ulcère ou plaie de la jambe et par ulcération du prépuce, et toujours il a vu la lymphe se présenter sous l'aspect d'un liquide transparent, *à peine louche*, c'est-à-dire offrant une teinte légèrement opaline.

Dans un certain nombre de cas de dilatation des ganglions et des gros troncs lymphatiques, du canal thoracique, par exemple, ce liquide prend, il est vrai, un tout autre aspect; il devient rosé, mais alors il a subi une transformation spéciale, et, d'ailleurs, l'apparence est tout autre que celle du liquide présenté par M. Le Dentu.

M. Léon Le Fort a toujours observé la lymphe sous la forme d'un liquide transparent et spontanément coagulable.

M. Le Dentu répond à M. Nicaise qu'il a recherché dans ce liquide la présence de la cholestérine, et qu'il n'a pas trouvé cette substance. En ce qui concerne l'hypothèse d'un épanchement de lymphe, il faudrait admettre ici la transsudation de ce liquide à travers les vaisseaux non dilatés et sa transformation consécutive à l'épanchement. M. Le Dentu répète que l'examen microscopique a révélé seulement la présence de granulations graisseuses faciles à reconnaître.

M. Terrier fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Demons (de Bordeaux) et relative à un cas de phlébite suppurée et d'infection purulente traité avec succès par les applications de chlorure de zinc.

Nos lecteurs se rappellent peut-être qu'il s'agit d'une plaie du coude faite avec un rasoir et ayant sectionné les veines de cette région. Pour arrêter l'hémorrhagie, un interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux crut devoir pratiquer la ligature des deux bouts des veines

médiane basilique et médiane céphalique, et appliquer par dessus un pansement de Lister incomplet.

Des accidents consécutifs graves locaux et généraux s'étant manifestés, tels que mauvais aspect et mauvaise odeur de la plaie, gonflement considérable de tout le membre, frissons violents, altération profonde des traits, augmentation considérable de la fréquence du pouls et de la température générale, M. Demons crut avoir affaire à une phlébite suppurée et à un commencement d'infection purulente; en même temps des signes de pneumonie s'étaient déclarés. Le chirurgien fit une incision sur chacune des veines dont il trouva les parois friables, épaissies et suppurées. Il pratiqua une cautérisation avec le chlorure de zinc, lava la plaie avec le même liquide, appliqua ensuite une ligature au catgut sur chaque bout des veines divisées et termina par un pansement de Lister fait avec le plus grand soin.

Une amélioration rapide se manifesta dans l'état local et dans l'état général du malade à la suite de cette opération; la pneumonie entra en résolution et le malade était complètement guéri au bout de quinze jours.

M. le rapporteur approuve complètement la conduite de M. Demons, tout en réservant la question de l'infection purulente qui lui paraît douteuse; il pense qu'il n'y a eu là que des accidents de septicémie.

M. Desprès ne saurait, pour sa part, approuver la ligature des veines faites, dit-il, dans ces cas, contrairement à tous les principes d'une bonne pratique chirurgicale et qui ont été l'origine de tous les accidents. La simple position du membre, la flexion du coude, eût suffi pour arrêter l'hémorrhagie. Il ne pense pas qu'il y ait eu ici des phénomènes d'infection purulente, et il met les frissons sur le compte de la phlébite et d'un commencement de phlegmon diffus arrêté à temps par l'incision large pratiquée par M. Demons. Le chlorure de zinc n'a été pour rien, suivant lui, dans la guérison de ces accidents qui n'ont pas été autre chose que des accidents très ordinaires des plaies mal pansées.

M. Terrier répond que la ligature des veines peut être pratiquée comme la ligature des artères et qu'il l'a pratiquée plusieurs fois lui-même sans inconvénients. Dans le cas de M. Demons, une première ligature avait été suivie d'un plein succès. Les vétérinaires pratiquent la ligature des veines dans le but de guérir la phlébite ulcéreuse.

M. Léon Le Fort déclare qu'il est impossible d'admettre, dans ce cas, l'utilité de la ligature des veines; la compression et la position du membre auraient suffi certainement pour arrêter l'hémorrhagie. Quant à l'infection purulente, rien ne prouve qu'elle existât dans le cas de M. Demons; les frissons ne suffisent pas pour la faire admettre; il y a eu des accidents inflammatoires et rien de plus.

M. Terrier répond que la pneumonie survenue chez le malade plaide en faveur de l'existence d'une infection purulente à son début.

— M. Théophile Anger fait un rapport sur une observation de M. le docteur Turgis, relative à l'extraction d'un fragment de sonde arrêté dans la portion membraneuse du canal de l'urèthre et ayant produit un arrêt complet de la miction. Le malade n'avait pas uriné depuis rente heures et se trouvait dans l'état le plus grave; l'opération ne pouvait être différée. M. Turgis qui se trouvait seul, sans autre aide que la vieille femme du malade, eut l'heureuse idée de se servir d'un ténaculum pour traverser le fragment de sonde et le fixer. Il put ainsi l'aide d'une incision de la région périnéale et d'une boutonnière pratiquée à l'urèthre au niveau du corps étranger, extraire celui-ci au moyen d'une pince.

M. le rapporteur approuve la conduite tenue par M. le docteur Turgis en pareille circonstance, et considère la substitution du ténaculum au doigt d'un aide pour fixer les corps étrangers du canal de l'urèthre comme une excellente innovation.

— M. Lucas-Championnière croit devoir appeler l'attention de ses collègues et des praticiens sur ce qu'il considère comme une des causes, sinon comme la principale cause des insuccès éprouvés dans ces dernières années par les chirurgiens dans la chloroformisation et des accidents qu'elle produit. Cette cause serait l'impureté de ce liquide.

M. Lucas-Championnière rappelle quelle importance un des chirurgiens les plus distingués de notre époque, Sédillot, attachait à ne jamais se servir dans ses opérations que de chloroforme parfaitement pur. Il rappelle également que M. Maurice Perrin, dans une communication faite il y a trois ans à l'Académie de médecine, croyait devoir attribuer à la difficulté que l'on avait maintenant à se procurer du chloroforme pur, les mécomptes inattendus qu'il avait éprouvés, depuis quelque temps, dans sa pratique opératoire.

M. Lucas-Championnière a recueilli une série de faits qui lui paraissent très dignes, à ce point de vue, d'attirer l'attention des chirurgiens. D'abord dans cette question, il n'y a, suivant lui, aucun enseignement vraiment utile à tirer de l'expérimentation sur les animaux, sur

le chien en particulier, sur lequel les effets de la chloroformisation ne sont nullement comparables à ceux que l'on observe chez l'homme. L'organisme humain supporte généralement bien le chloroforme; on trouve, il est vrai, de temps en temps, quelques individus plus ou moins résistants, on observe, parfois, après quelques instants, chez certains malades, trop de difficulté à respirer. Si le chloroforme est bon, on finit par endormir le malade, s'il est mauvais et que l'on continue les inhalations, le malade peut succomber. Un même chloroforme peut endormir cinquante individus et tuer le cinquante-unième qui n'eût pas été tué si le chloroforme eût été bon.

Lorsqu'il était chirurgien de l'hôpital Temporaire, M. Lucas-Championnière a constaté sur une série d'opérés après chloroformisation des accidents caractérisés particulièrement par des frissons plus ou moins violents et un refroidissement qui, dans un cas, lui firent croire à des phénomènes d'embolie pulmonaire; ces accidents cessèrent lorsqu'on se servit d'autre chloroforme.

Quand il a quitté l'hôpital Temporaire pour la Maternité, M. Lucas-Championnière a eu l'occasion d'observer les effets du chloroforme sur les femmes en couches. Il a constaté que certaines femmes tombaient rapidement dans une anesthésie complète avec un peu de chloroforme; d'autres, sans éprouver de douleur véritable, ont la sensation nette des contractions utérines; d'autres, enfin, ont besoin de doses, en quelque sorte, sidérantes, pour obtenir l'anesthésie. Il existe donc des différences considérables, chez les femmes en couches, pour la sensibilité à l'action du chloroforme.

M. Lucas-Championnière a constaté qu'avec certains chloroformes il était impossible d'obtenir la demi-anesthésie chez les femmes en travail et qu'il fallait, pour supprimer la douleur, des doses de chloroforme capables de déterminer l'anesthésie complète.

Dans les accouchements qu'il avait occasion de pratiquer en ville, s'il n'avait pas la précaution de se munir, en partant, d'un flacon de chloroforme, et qu'il lui fallût recourir aux pharmaciens du voisinage, il se voyait obligé de consommer des quantités énormes de ce liquide, jusqu'à 100, 150 et même 200 grammes, sans obtenir des résultats complétement satisfaisants.

M. Lucas-Championnière, soit dans les accouchements, soit dans les opérations, a trouvé des sujets chez lesquels, sous l'influence du chloroforme, la sensation du besoin de respirer est abolie; la respiration s'arrête tout à coup, et l'on est obligé de suspendre l'opération, d'employer des excitants de toute sorte, de pratiquer l'inversion et la respiration artificielle, pour rappeler les mouvements respiratoires et prévenir une asphyxie imminente. Dans d'autres circonstances, M. Lucas-Championnière a été obligé de renoncer, à plusieurs reprises, à commencer l'opération, les malades ne pouvant être endormis sans courir des dangers graves d'asphyxie. Dans ces cas, il a remarqué que le chloroforme dont il se servait n'avait pas l'odeur suave particulière au bon chloroforme. Cependant, il était impossible au pharmacien de l'hôpital de découvrir en quoi consistait l'impureté du liquide. M. Yvon affirme que tout chloroforme dont le point d'ébullition normal est modifié doit être considéré comme impur, bien qu'il soit chimiquement impossible de déterminer la nature de l'altération du liquide. Si l'on met alors ce chloroforme en contact avec une solution de permanganate de potasse, on voit la solution passer du rouge au vert. Un grand nombre d'échantillons de chloroforme pris soit dans les hôpitaux, soit dans diverses pharmacies de la ville, ont donné cette réaction avec le permanganate de potasse, ce qui prouve qu'il n'existe presque pas, à Paris, de bon chloroforme.

Un grand nombre de collègues de M. Lucas-Championnière, chirurgiens des hôpitaux, lui ont déclaré qu'ils avaient observé, dans ces dernières années, des accidents assez fréquents dans leurs opérations, accidents qu'ils croyaient devoir attribuer à la mauvaise qualité du chloroforme mis à leur disposition.

Ces accidents peuvent, il est vrai, être imputables, en partie, au mode d'administration du chloroforme; certains chirurgiens, en effet, adoptent un mode de chloroformisation rapide, brusque, sidérante; ce mode paraît à M. Lucas-Championnière devoir provoquer plus facilement des accidents graves et mortels chez les individus plus particulièrement susceptibles; pour lui, il préfère l'inhalation lente qui permet, pour ainsi dire, de tâter la susceptibilité du sujet.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que le chloroforme produise aujourd'hui plus d'accidents que dans les premiers temps de l'introduction de cet agent anesthésique dans la pratique chirurgicale. La cause de cette plus grande fréquence des accidents paraît due à l'impureté de ce liquide. On fabrique aujourd'hui le chloroforme en très grande quantité, et, à cause de l'impôt excessif dont on a frappé l'alcool, on ne se sert presque plus, dans cette fabrication, d'alcool ordinaire, mais d'alcool méthylique. A Paris, en particulier, on n'a guère que du chloroforme fait avec l'alcool méthylique et fabriqué en grand dans certaines usines

qui le fournissent tout préparé aux pharmaciens de la ville. Les pharmaciens le purifient ensuite plus ou moins bien.

M. Yvon a proposé un mode très simple d'essai du chloroforme des pharmacies. On prend ce chloroforme, on l'essaie au moyen du réactif permanganate de potasse, on le distille ensuite, on le met de nouveau en contact avec le permanganate de potasse, et on le redistille jusqu'à ce que la réaction avec cette substance ne se produise plus; on obtient alors le chloroforme chimiquement pur.

Ce chloroforme exhale une odeur beaucoup plus suave que celui des pharmacies; il possède, en outre, un pouvoir stupéfiant ou anesthésiant des plus remarquables, comme M. Lucas-Championnière a eu, maintes fois, l'occasion de s'en assurer chez les femmes en couches et les opérés. L'anesthésie est beaucoup plus rapide et s'obtient avec des doses de chloroforme infiniment moindres qu'avec le chloroforme ordinaire. M. Lucas-Championnière n'a plus observé d'accidents depuis qu'il se sert de chloroforme chimiquement pur; il n'a jamais eu besoin de recourir à l'instrument que beaucoup de chirurgiens ont dans leur trousse opératoire, et qui leur sert à tirer la langue au dehors en cas d'accident après chloroformisation.

M. Lucas-Championnière conclut en disant : 1° que les accidents produits par le chloroforme sont dus très probablement à des impuretés contenues dans ce liquide; 2° qu'il y a lieu de généraliser l'emploi du chloroforme chimiquement pur, grâce auquel on pourra, suivant lui, passer sur les susceptibilités de certains malades et ne plus craindre les inconvénients et les accidents graves que l'on observe surtout depuis quelques années.

— M. TRÉLAT fait une communication sur le manuel opératoire de la colotomie lombaire.

— M. BERGER présente un malade affecté d'anévrysme artérioso-veineux de la région orbitaire, consécutif à une fracture de la base du crâne.

Nous reviendrons sur ces deux communications très intéressantes, que le défaut d'espace nous oblige à renvoyer à un prochain compte rendu.

Dr A. TARTIVEL,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*De l'emploi d'une eau faiblement alcaline comme véhicule dans l'administration de l'iodure et du bromure de potassium*, par le docteur G. SEGUIN. — Les recherches de l'auteur ont été faites comparativement : 1° avec une solution de ces sels dans l'eau simple; 2° par l'ingestion de la solution saline vingt ou trente minutes après le repas, quand l'estomac est rempli d'aliments; 3° avec les sels en solution dans une eau alcaline.

Parmi les avantages que l'auteur trouve à l'emploi de cette eau alcaline, l'eau de Vichy naturelle ou artificielle, par exemple, le premier est de réduire à son minimum l'irritation de la muqueuse stomacale, causée par l'iodure ou le bromure; le second de masquer le goût désagréable de ces sels.

De même, le salicylate de soude est facilement administré par ce procédé, sa saveur est complétement masquée et son absorption est plus complète et plus rapide (*Archives of medecine.* — Août 1881, New-York). — Ch. E.

*Action de la conine ou cicùtine sur certaines muqueuses*, par le docteur BOCHEFONTAINE. — La conine, en se mélangeant à certains mucus, perd ses propriétés caustiques et devient absorbable. De plus, d'après les expériences de l'auteur et les travaux du docteur Vulpian, elle possède une double action : 1° paralysante du système nerveux central; 2° paralysante de la substance jonctive nervo-musculaire.

De là, les tentatives du docteur Bochefontaine pour l'employer en badigeonnages sur la muqueuse utérine dans les cas de métrite, à la fois dans le but de modifier l'état de la muqueuse et de calmer les douleurs de la métrite. Chez une malade, atteinte depuis 18 ans d'une métrite chronique avec ulcérations du col, on obtint, par des badigeonnages de la muqueuse utérine avec quelques gouttes de conine, l'abolition des douleurs du bas-ventre et la production d'un sommeil pendant plusieurs heures.

Ce même traitement fut également employé chez une malade du service de M. le docteur Oulmont, à l'Hôtel-Dieu. Ce mélange de conine avec le mucus utérin présente une coloration verte dès que le contact de l'alcaloïde et de la muqueuse est opéré.

Ces observations montrent l'action paralysante de cette substance sur les centres nerveux gris de l'homme et des animaux (*Journ. des Conn. méd.*, p. 258. — 18 août 1881). — Ch. E.

## COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des prix de l'internat.* — Le concours de la médaille d'or vient de se terminer par les nominations suivantes :

Médaille d'or, M. Chauffard; médaille d'argent, M. Netter; première mention, M. Juhel-Rénoy; deuxième mention, M. E. Gaucher.

NÉCROLOGIE. — Après Pirogoff, deux noms célèbres dans les sciences médicales viennent de s'éteindre : Francisco Selmi, de Bologne, très connu aujourd'hui pour sa découverte des ptomaïnes; Grandesso Silvestri, inventeur de la ligature élastique, qu'il a préconisée on 1862, avant que Dittel et Esmarch en eussent généralisé l'emploi.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Jeudi a eu lieu le dépouillement des scrutins pour les élections au conseil supérieur de l'instruction publique, au ministère de l'instruction publique, sous la présidence de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris.

La commission de recensement a constaté que les élections de l'Institut, de l'École polytech nique et du Conservatoire des arts et métiers avaient été régulièrement faites.

Ces établissement ont élu :

L'Institut de France, M. Victor Duruy, en remplacement de M. Charles Giraud ;

L'École polytechnique, M. Moutard, en remplacement de M. le colonel Laussedat ;

Le Conservatoire des arts et métiers, M. le colonel Laussedat, en remplacement de M. Hervé-Mangon.

La commission a ensuite procédé au dépouillement ainsi qu'au recensement des votes des scrutins qui ont eu lieu pour l'élection d'un représentant des Facultés de médecine, en remplacement de M. Vulpian, démissionnaire, et pour l'élection d'un représentant des Facultés des sciences, en remplacement de M. Paul Bert, nommé ministre.

M. Béclard a été élu par la Faculté de médecine.

M. Lacaze-Duthiers a été élu par la Faculté des sciences.

— Par décret du 17 décembre, sont nommés pour une période qui prendra fin le 11 mai 1884, membres de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique ; MM. Duruy, représentant de l'Institut (Académie des sciences morales et politiques), Drumel, représentant des Facultés de droit, Béclard, représentant des Facultés de médecine.

LABORATOIRE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE. — M. Camescasse vient de décider que des types de denrées alimentaires seraient déposés au laboratoire de chimie installé à la préfecture de police.

Grâce à ce dépôt, on pourra, au moyen d'analyses sommaires, se rendre compte des différences de composition qui existent entre une denrée à l'état de pureté et la marchandise similaire soupçonnée de falsifications.

L'innovation offre donc un réel intérêt au point de vue de l'hygiène et de la santé publiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 23 décembre 1881.

*Ordre du jour :* Élections du bureau, des conseils et comités; rapport du conseil d'administration sur la gestion financière ; compte rendu du secrétaire général. — Un cas de néoplasme tertiaire, par M. Gouguenheim. — Éruptions pemphigoïdes dues à l'iodure de potassium, par M. Hallopeau. — Suite de la discussion sur l'alimentation forcée des phthisiques, M. Debove. — Variétés du tympanisme sous-claviculaire, par M. Grancher.

A l'issue de la séance, à 4 heures 3/4, réunion pour le choix des plaees vacantes à l'Hôtel-Dieu, par suite de la démission de M. Frémy, et à l'hospice d'Ivry.



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# BULLETIN

*Académie des sciences.* 12 décembre. — Les découvertes étonnantes suscitées par la recherche du microbe ne sont rien auprès de celles que l'avenir nous réserve. « M. Gaillon a cherché des phylloxeras malades ; puis, attribuant la maladie à des germes contenus dans leurs liquides organiques, il a introduit dans leur corps des tubes de verre d'une finesse extrême, a sucé les liquides intérieurs et a porté ces liquides dans un milieu de culture appropriée, afin d'obtenir une liqueur toxique pour les phylloxeras..... » Vaccinée par cette liqueur, la vigne serait désormais à l'abri du vilain parasite, car il est bien entendu que le microbe ainsi cultivé serait absolument *spécifique :* mortel pour le phylloxera, il n'aurait pas d'action sur la santé de la vigne. Malheureusement, « M. Gaillon n'est pas encore parvenu à des résultats satisfaisants ».

Mais est-ce bien un malheur? Si le virus extrait des phylloxeras malades allait s'atténuer par la culture, et devenir un vaccin, non pour la vigne, mais pour son parasite! S'il le préservait contre ses propres maladies, et si M. Gaillon, par cette inoculation fâcheuse, allait répandre dans la vigne des milliards d'organismes qui, non contents de vivre à ses dépens et de troubler sa nutrition, donneraient à son ennemi mortel une nouvelle vigueur!

Aucune raison, d'ailleurs, pour s'arrêter en chemin. Quand on aura vacciné le phylloxera, on vaccinera les microbes eux-mêmes ; on leur trouvera des sous-microbes, capables de les tuer ou de les guérir, suivant le mode de culture. Et peut-être qu'un jour on tuera la bactéridie charbonneuse, parce qu'elle est nuisible ; mais les bons petits organismes qui mangent les mauvais, seront élevés avec soin, vaccinés, tenus en réserve pour les opérations chirurgicales... *Nova rerum nascitur ordo!*

*Académie de médecine*, 20 décembre. — Aujourd'hui, l'Académie renouvelait son bureau pour l'année 1882, et écoutait avec passion le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un vice-président. MM. Hardy et Fauvel étaient en ligne ; cette question de politique intérieure semblait exciter un plus vif intérêt que les débats scientifiques ; personne ne disait mot en regardant la main du président tirer de l'urne et déchirer les bulletins. L'Académie, silencieuse et recueillie, n'était

# FEUILLETON

## UNE VISITE A L'HOPITAL CIVIL D'ALGER.

Décembre 1881.

Monsieur le rédacteur,

Arrivé depuis quelques jours en Algérie, où j'habite Mustapha supérieur à la station sanitaire si confortable et si bien située du docteur Landowski, une de mes premières visites, comme disciple d'Hippocrate, a été pour le temble de ce dieu. Après les lettres aussi intéressantes que spirituelles de M. Richelot sur l'Algérie, il ne reste que fort peu de chose à glaner, et, puisque ce maître distingué a bien voulu laisser ce sujet de côté, je me permettrai de vous raconter ma visite à l'hôpital de Mustapha inférieur.

Cet hôpital est situé à deux kilomètres environ de la ville, à une petite distance de la mer, et occupe un vaste emplacement, abrité contre les vents par les montagnes de Bou-Zaéra et de Fort-l'Empereur d'une part, la chaîne de l'Atlas et du Djurjurah d'autre part. Grâce à ces montagnes qui forment un demi-cercle et bornent l'horizon de la baie d'Alger, on trouve à Mustapha une température uniforme et une tranquillité atmosphérique réalisant des conditions hygiéniques éminemment favorables pour des malades. L'hôpital est formé par la réunion d'un assez grand nombre de pavillons, et, sans vous parler des anciens bâtiments qui doivent disparaître complètement, je ne vous décrirai que les pavillons neufs, renfermant chacun une salle de malades, n'ayant pas d'étages et séparés les uns des autres par un espace assez grand qui permet la libre circulation de l'air de tous les côtés, et les assimile à de véritables pavillons d'isolement. Ils sont d'ailleurs symétriquement placés, au nombre de cinq

plus, suivant l'expression d'un de ses membres vénérés, « la Bourse du Corps médical. »

M. Hardy est élu; en quelques paroles chaleureuses, il remercie ses collègues de leur vote : « C'est, dit-il, le plus beau couronnement de ma carrière médicale que j'aie jamais rêvé. » Inutile d'ajouter que des acclamations unanimes ont conservé à M. Bergeron ses fonctions de secrétaire annuel.

A quatre heures et demie, M. Verneuil monte à la tribune, et termine la discussion qu'il a ouverte sur les rapports du paludisme et du diabète. « On a dit qu'après le plaisir de gagner au jeu, il y a celui de perdre; pour moi, je dirais volontiers qu'après le plaisir de rallier à ses vues de nombreux adhérents, il y a celui de trouver des contradicteurs aussi courtois, aussi aimables... » Ainsi débute l'éminent chirurgien; puis il cite une observation du docteur Liégey (de Rambervilliers), la thèse de Redon sur le diabète chez les enfants; prenant à partie M. Le Roy de Méricourt, il fait « la critique de sa critique », et suppose que, si les marins anglais touchés par la fièvre intermittente sont rarement diabétiques, ils le doivent peut-être à leur genre de vie, qui leur donne l'immunité. A cette question : « La glycosurie passagère notée pendant les accès telluriques ne peut-elle se rencontrer avec toutes les maladies fébriles? » M. Verneuil répond hardiment par la négative, en ce qui touche aux fièvres chirurgicales.

En somme, la glycosurie passagère est fréquente pendant les accès paludéens. Si donc on pouvait dire que la glycosurie passagère est un chemin qui conduit au diabète vrai, la relation pathogénique entre paludisme et diabète serait probable. Mais il nous faudrait d'abord une meilleure définition du diabète et de son étiologie; en attendant, l'opinion de M. Verneuil est contrecarrée par ce fait, qu'on a rarement vu les anciens paludiques devenir des diabétiques vrais.

L'orateur n'a pas de lance à rompre avec M. Rochard, car il est en communion d'idées avec lui sur l'intérêt que présentent « les questions de chirurgie médicale ou de médecine chirurgicale », sur « le rappel des diathèses », dont M. Rochard lui-même a été victime; « *experto crede Rochardo* ».

Mais pourquoi M. Léon Colin fait-il la sourde oreille aux rappels *tardifs?* Pourquoi suppose-t-il que ces réveils lointains de la diathèse ne sont que le résultat d'une intoxication nouvelle? Le contraire est démontré par des faits péremptoires de MM. H. Gueneau de Mussy, Dumesnil (de Rouen), etc. Si une digression historique nous était permise, nous citerions un illustre exemple du même fait.

---

de chaque côté, formant ainsi deux rangées parallèles qui, reliées à la partie supérieure par un pavillon transversal, circonscrivent une sorte de rectangle, dont l'aire est un magnifique jardin rempli de fleurs en ce moment, et où la végétation étale ses richesses sous forme de palmiers en pleine terre, d'eucalyptus immenses et d'arbres verts de toute espèce. Les pavillons sont recouverts en tuiles rouges, qui, éclairées par le soleil d'Afrique, leur donnent un aspect riant, et sont destinés, ceux de droite aux femmes, ceux de gauche aux hommes.

Chaque salle contient une quarantaine de lits en fer, sans rideaux, séparés l'un de l'autre par une grande fenêtre, et sauf une chaise de paille à côté de chaque lit, les microbes ne peuvent trouver aucun asile. L'aération est parfaite, et le chauffage se fait par des bouches de chaleur au moyen de calorifères passant sous les salles. L'état sanitaire est excellent, et l'on n'observe jamais les affections dues à l'encombrement ou au défaut de mesures hygiéniques, dont l'utilité est aujourd'hui absolument reconnue et peut être mise en relief ici d'une manière frappante. Ainsi dans tes vieux pavillons, bâtiments jadis affectés à une caserne de cavalerie, qui sont mal aérés, très bas de plafond, malpropres, on observe souvent chez les malades des affections, telles que pourriture d'hôpital, érysipèle, etc., inconnues dans les nouveaux pavillons. En outre, ces derniers sont situés sur un terrain légèrement en pente, de sorte que l'eau s'écoule rapidement, et, grâce à cette excellente situation, il n'y a ni humidité ni stagnation de l'eau à l'époque des pluies.

Le pavillon transversal qui relie les deux rangées des pavillons de malades est l'amphithéâtre, destiné aux cliniques et aux opérations. C'est une grande salle, très bien éclairée par la partie supérieure, vaste dôme en verre, entouré d'une terrasse, d'où l'on a une vue splendide sur la baie et le port d'Alger. A côté de cette salle spacieuse sont deux autres salles qui ne sont encore affectées à aucun usage.

Olivier Cromwell, avant d'entrer dans la vie politique, avait passé dix années à Huntingdonshire, dans un pays humide et marécageux, en proie aux plus vives souffrances et à l'hypochondrie la plus noire, miné à la fois par les influences miasmatiques et par les excitations du fanatisme religieux. *Vingt ans* après, en 1650, il fut chargé du commandement de l'armée anglaise, et porta la guerre en Écosse ; les fatigues de l'expédition ramenèrent inopinément des accès de fièvre intermittente grave, bien que la maladie ne régnât pas autour de lui. Pendant cette mémorable campagne, Cromwell fut presque constamment malade. Dans l'intermission, il jouait son rôle de général en chef; dans le moment de la fièvre, ses amis priaient autour de lui et attendaient, en tremblant, la terminaison de l'accès.

*Sept ans* plus tard, en 1658, le poids des affaires de l'État devenait trop lourd pour cet organisme usé à l'avance; les complots sans cesse dirigés contre sa vie entretenaient dans son esprit une angoisse continuelle ; puis, il vit mourir successivement son meilleur ami, le comte de Warwick, et sa fille mistress Claypole. Pendant quatorze jours et quatorze nuits, Cromwell resta attaché au lit de sa fille. Lorsque tout espoir de guérison fut perdu, soudain éclata de nouveau, et pour la dernière fois, la fièvre intermittente qui, sept ans auparavant, l'avait conduit aux portes du tombeau. Un absurde préjugé empêcha qu'on lui fît prendre le quinquina. Ce médicament était devenu populaire en Angleterre dès l'année 1655. Mais, peu de temps avant la dernière maladie de Cromwell, un alderman de la cité de Londres était mort pendant l'administration du remède. On le citait comme une victime du quinquina, et les médecins qui entouraient Cromwell n'osèrent pas le lui prescrire. En résumé, la fièvre d'abord tierce, devint double-tierce, puis subintrante pernicieuse ; et le 3 septembre 1658, le Protecteur succomba (1).

L.-G. R.

(1) *Olivier Cromwell malade,* par G. Richelot père, UNION MÉDICALE, 11 novembre 1848.

---

HOSPICE DU HAVRE. — La commission administrative de l'hospice du Havre donne avis que le jeudi 12 janvier 1882, à deux heures de l'après-midi, il sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint et de chirurgiens-adjoints dudit établissement.

Ce concours aura lieu à l'hospice, devant un jury médical composé de sept membres, savoir : un membre de la commission administrative, président; un médecin et deux chirurgiens de l'Hospice; deux médecins et un chirurgien de la ville.

---

A droite des pavillons, dans un vieux bâtiment situé dans le bas de l'hôpital à droite de l'entrée, se trouve la salle d'autopsie, qui sert aussi d'amphithéâtre de dissection. Au milieu de pièces anatomiques fort bien préparées, j'y ai vu l'estomac et le foie d'un Aïssaouah, qui appartenait à cette secte fanatique dont les membres avalent des clous, passent leur langue et marchent sur des pelles rougies à blanc, avalent des étoupes enflammées, et arrivent à une sorte d'anesthésie complète, après avoir balancé la tête d'une façon rhythmique pendant un certain temps. Cet estomac renferme un nombre considérable de clous, qui ont été comme polis par le suc gastrique, et l'un de ces clous (comme on le voit sur la pièce), après avoir perforé l'estomac, avait pénétré dans le foie, où il avait déterminé un abcès, qui avait causé la mort de ce fanatique. Les sujets sont nombreux et servent soit à la dissection, soit à la médecine opératoire. « Jamais, me disait l'un des internes, vous ne verrez ici de sujets verts ou noirâtres, comme ceux que vous avez à Paris. » Un bel hôpital, du soleil, et des sujets à discrétion, décidément les étudiants d'Alger sont trop heureux, et M. Farabeuf pourrait être jaloux !

Au point de vue clinique, toutes les maladies se trouvent réunies dans cet hôpital, et vous pouvez en quelques heures faire ce qui demanderait à Paris plusieurs jours, étant donné l'éloignement des hôpitaux spéciaux. Les malades sont nombreux, et les services intéressants; les maladies vénériennes, les fièvres intermittentes et les affections chirurgicales m'ont paru offrir un intérêt spécial. Mais rien de plus bizarre que ce mélange de races, mélange que vous retrouvez dans les rues d'Alger, comme dans les lits de l'hôpital où l'Arabe est couché à côté du juif, le fellah d'Égypte à côté de l'Espagnol, le nègre à côté du Français, et ce n'est pas sans raison qu'on a pu comparer Alger à un vaste bazar international.

Malgré ce mélange de nationalités, qui étonne tout d'abord, malgré les langues différentes

# CLINIQUE MÉDICALE

## CAS RARES DE TUMEURS PÉRI-URÉTHRALES BLENNORRHAGIQUES ;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 juillet 1881 (1),

Par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

### VI

Une question dont je me suis préoccupé c'est celle de savoir dans quel appareil glandulaire de l'urèthre siègent de pareilles tumeurs. Il m'a semblé qu'elles ne pouvaient avoir leur point de départ que dans les petit organes qu'on appelle *granulations accessoires des glandes de Méry ou de Cooper*. Elles forment un groupe quelquefois assez volumineux de lobules situés sur les côtés du canal excréteur de ces dernières glandes. Elles sont situées, comme l'a dit Cooper, dans l'angle de courbure de l'urèthre, c'est-à-dire au point précis où s'insérait le pédicule de notre tumeur. Elles ont des culs-de-sac multiples, des canaux excréteurs plus ou moins longs et réunissant les conditions les plus favorables à l'engorgement par obstruction qui est la règle dans les tumeurs uréthrales de tout siège, de toute forme et de tout volume.

Leur histoire pathologique se rattache donc à celle des glandes de Méry. Mais comme elles sont dans une situation plus antérieure, le périnée n'est jamais compromis par leur inflammation, tandis qu'il l'est toujours dans les coopérites. Leur siège exclusif, c'est la partie supérieure de la région scrotale, entre les deux testicules et de chaque côté de la ligne médiane.

Sans doute, la cause principale et la plus commune de ces tumeurs, comme de toutes celles du canal de l'urèthre, c'est la blennorrhagie et la pénétration de son processus dans l'intérieur de l'appareil glandulaire. Mais comment se fait-il que, la blennorrhagie étant si fréquente, ces complications soient si rares? Certaines conditions individuelles qui nous sont inconnues sont évidemment nécessaires à leur production. Ce qui semblerait le prouver, c'est que les sujets qui en ont été atteints, dans une première attaque d'uréthrite, le sont presque toujours de la même façon dans les attaques subséquentes.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13 et 20 décembre.

---

qu'on entend parler sans les comprendre, c'est avec un vif plaisir que je me suis retrouvé dans ces salles, que j'ai revu ces malades, qui se ressemblent tous dans le lit de l'hôpital, perdant pour ainsi dire le cachet propre de leur langage, de leur pays, de leur costume, et même de leur couleur. J'ai reçu d'ailleurs l'accueil le plus cordial, et la gaieté de la salle de garde (dont la simplicité rappelle un peu celle du Midi) ne le cède en rien à celle de leurs collègues de Paris. D'ailleurs, elle est souvent accrue par la présence d'un joyeux camarade, commandeur de la Légion d'honneur, dont le nom est connu dans toute l'Algérie, je veux parler du colonel Fourchaud, externe des hôpitaux d'Alger. Malgré ses 65 ans passés, il a la jeunesse et l'entrain des jeunes étudiants auxquels il donne l'exemple, lui qui, pour ne pas perdre de temps, déjeûne à l'hôpital avec un morceau de pain et de jambon, et une bouteille de vin qu'il apporte dans sa poche, et, après ce repas succinct, va s'asseoir à une table de dissection, passant son après-midi à manier le scalpel, qui remplacera pour lui un sabre qu'il a manié si glorieusement dans la campagne de Kabylie en 1870.

Si vous croyez, Monsieur le rédacteur, que ces quelques lignes puissent offrir de l'intérêt à vos lecteurs, je serai heureux d'avoir réussi à donner une idée, si incomplète qu'elle soit, de l'hôpital civil d'Alger.

Je me propose d'aller visiter bientôt l'hôpital du Dey, et vous prie d'agréer, Monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments respectueux et dévoués.

Maurice NOTTA.

Je crois, du reste, que l'élément inflammatoire de la blennorrhagie joue ici le principal rôle et que sa virulence n'y est pour rien. Toute irritation de la muqueuse, non spécifique et provenant de causes ordinaires, pourrait donner lieu à de pareilles complications. Chez notre malade, il faut tenir compte aussi de l'emploi intempestif des bougies fondantes pendant la première phase de la blennorrhagie.

Je n'ai jamais vu de fistules uréthrales succéder à ces tumeurs quand elles deviennent phlegmoneuses et se convertissent en abcès.

Dans le cas précédent, le processus a été remarquable par sa lenteur et par son indolence. Aussi l'affection s'est-elle prolongée bien au delà de sa durée habituelle. Presque toutes les inflammations glandulaires péri-uréthrales parcourent, en effet, leurs périodes en trois ou quatre septénaires, tandis que la tumeur en question n'a complètement disparu qu'au bout de deux mois et demi.

Dans le cas suivant, au contraire, la marche a été très rapide et la *durée éphémère*.

Deuxième cas. — *Tumeur uréthrale survenue dans la région du scrotum au soixantième jour d'une blennorrhagie subaiguë. — Violence du début. — Rapidité du processus. — Menace d'une inflammation phlegmoneuse. — Résolution brusque sans suppuration. — Changement de forme dans la tumeur. — Prostatite : fistule uréthro-rectale. — Guérison.*

I

Le 10 février 1881, un jeune homme de 25 ans vint me consulter pour une blennorrhagie légère et séro-muqueuse, exempte jusqu'alors de toute complication, mais qui persistait depuis deux mois, malgré les médications les plus variées. L'inflammation uréthrale était à peu près nulle, la miction s'exécutait régulièrement et la prostate était saine. Comme le malade avait abusé des balsamiques et des injections, je lui conseillai des bains et des boissons délayantes.

Le surlendemain, il fut pris, sans cause appréciable, d'une douleur derrière le scrotum, et, en y portant la main, il s'aperçut qu'il y avait là, entre les deux testicules, et sur le trajet de l'urèthre, une grosseur qui augmentait pour ainsi dire à vue d'œil, puisque, en trois heures, elle avait acquis le volume d'une noisette.

Je constatai, en effet, qu'au-dessous de la courbure du canal, et à peu près sur la ligne médiane, il existait une petite tumeur dure, douloureuse, régulière, non fluctuante, libre dans le tissu cellulaire et n'ayant d'autre adhérence qu'avec la face inférieure de l'urèthre.

Le lendemain, cette tumeur avait doublé de volume; elle était entourée d'un empâtement œdémateux qui l'unissait en avant avec la peau du scrotum, déjà un peu tendue et légèrement rosée.

II

En voyant la rapidité et la violence de ce processus, j'étais convaincu que cette tumeur deviendrait fatalement phlegmoneuse et purulente.

Et pourtant il n'en fut rien, car, le 21 février (deuxième jour depuis son début), l'appareil inflammatoire était tombé spontanément, l'œdème s'était dissipé et l'engorgement glandulaire, que je croyais condamné à la suppuration, se présentait maintenant sous la forme, non plus d'une tumeur, mais d'un cordon cylindrique dur, rigide, régulier, qui partait de l'urèthre, s'avançait dans le scrotum entre les deux testicules, et ressemblait au goulot très allongé et hypertrophié d'un gros follicule engorgé.

Au bout de huit ou dix jours, toute trace de cet engorgement glandulaire aigu avait disparu. La résolution spontanée avait été parfaite. Je n'avais prescrit, comme traitement, que le repos, des cataplasmes et des bains.

Ici encore, c'est bien une des glandes accessoires de Méry qui a été envahie. Le processus suivait sa marche aiguë habituelle et allait sans doute aboutir, comme

il le fait presque toujours, à la suppuration, lorsqu'il s'est arrêté court. Aussi a-t-il été facile de suivre cet engorgement aigu et résolutif dans les phases successives de son évolution.

Malheureusement ce malade était voué aux complications glandulaires de la blennorrhagie, et si la précédente avait été courte et presque insignifiante, il n'en fut pas de même d'une prostatite au lobe droit, qui survint dans les derniers jours du mois de mars. La tumeur devint rapidement purulente, et s'ouvrit tout à la fois dans le rectum et dans l'urèthre. Il en résulta une fistule recto-uréthrale qui laissait passer l'urine dans le rectum pendant la miction. Je redoutais une dégénérescence tuberculeuse de l'organe, car l'état général du malade n'était rien moins que satisfaisant; mais peu à peu une amélioration inespérée se produisit de tous les côtés; les forces revinrent, et au bout d'un mois la fistule était guérie, ainsi que l'engorgement de la prostate et la blennorrhagie.

III

Je terminerai et résumerai cette note par les conclusions suivantes :

1° L'appareil glandulaire qui comprend les glandes de Méry ou de Cooper et leurs glandules accessoires s'enflamme quelquefois dans le cours de la blennorrhagie.

2° Le processus à marche rapide aboutit presque toujours à la suppuration et à la formation d'abcès.

3° Quand les glandes de Méry sont seules atteintes, ce qui a lieu le plus ordinairement, l'affection se termine à peu près constamment par un abcès périnéal.

4° Lorsque le processus se confine dans les glandules accessoires, la tumeur siège au-dessous de la courbure de l'urèthre, au sommet de la région scrotale entre les deux testicules.

5° Ici encore la suppuration est la règle; mais l'engorgement glandulaire peut cependant suivre une autre marche et entrer en résolution.

6° Dans sa forme chronique, il constitue une grosse tumeur dure, ovoïde, bosselée, non fluctuante, qui occupe toute la partie moyenne de la région scrotale, au milieu de laquelle elle reste libre, et qui ne contracte que des adhérences fortuites avec les testicules et leurs épididymes. La durée peut être très longue.

7° Dans sa forme subaiguë, après une invasion brusque et un accroissement rapide, les phénomènes inflammatoires tombent tout à coup et la résolution complète s'effectue en quelques jours.

8° Une intervention active n'est pas nécessaire dans ces deux dernières formes; une médication antiphlogistique modérée suffit et favorise la guérison qui pourrait avoir lieu spontanément. Dans les formes phlegmoneuses, au contraire, il faut ouvrir la tumeur de très bonne heure même avant de sentir la fluctuation.

9° Quelles que soient leurs formes et leurs tendances, ces tumeurs uréthro-scrotales, bien que procédant directement du canal, évoluent en dehors de lui et ne lui causent aucun dommage. Je ne les ai pas vues s'ouvrir dans son intérieur quand elles étaient purulentes ni se terminer par des fistules urinaires.

# THÉRAPEUTIQUE

## DE LA TUBERCULOSE A PROPOS D'UN CAS DE GUÉRISON DATANT DE SIX ANS;

Par le docteur A. Rivet.

Il y a trois choses à considérer dans la tuberculose : la diathèse, le processus et ses conséquences locales, et enfin la déchéance organique.

Contre la diathèse, nous ne pouvons rien dans l'état actuel de la science.

Contre le processus et ses conséquences, nous avons de nombreuses armes. Les révulsifs, la créosote, le changement de climat peuvent modifier favorablement l'état fluxionnaire et inflammatoire ainsi que les sécrétions, et déterminer un temps d'arrêt précieux.

Mais c'est sur la déchéance organique, qui précède le plus souvent et accompagne toujours la maladie, que nous avons le plus de prise. C'est elle que nous devons combattre avec le plus d'énergie, et, si la diathèse n'est pas trop profondément enracinée, nous arriverons souvent ainsi à des guérisons qui ne se démentiront pas.

Ces réflexions me sont suggérées par l'exemple d'une jeune fille que j'avais laissée en bonne voie il y a six ans, que j'avais perdue de vue, et que je viens de rencontrer en aussi bonne santé que possible.

Cette jeune fille avait alors quatorze ans. Scrofuleuse, elle portait des stigmates de ganglions suppurés et avait une otorrhée rebelle. Chlorotique avec cela, et c'est à la suite de sa chlorose que s'étaient déclarés les premiers symptômes de tuberculisation au sommet du poumon droit, symptômes vulgaires d'ailleurs et dont le diagnostic avait été fait par deux médecins des hôpitaux de Paris qui l'avaient envoyée à la campagne avec un traitement : badigeonnages de teinture d'iode, vésicatoires au besoin, eau de goudron et phosphate de chaux, avec hygiène appropriée.

Au bout de peu de mois, la transformation était complète, et la malade rentra à Paris, après un an de séjour à la campagne. Depuis longtemps elle ne prenait plus que du phosphate de chaux joint à une nourriture choisie et à un exercice régulier. Je viens de la revoir, et, depuis six ans en dehors de quelques bronchites légères, elle n'a plus toussé et se porte admirablement.

Voilà bien cinq ou six cas analogues que j'observe et que je ne cite que pour mémoire; or, que s'est-il passé ?

L'affection locale n'était pas au début, car il y avait une petite caverne, et la diathèse en puissance menaçait d'évoluer rapidement, grâce au terrain très favorable qu'elle avait rencontré.

Ce n'est donc qu'en modifiant profondément le terrain que la diathèse a pu s'arrêter.

Et, en effet, nous avons, dans la tuberculose, un individu qui digère mal, qui assimile mal et qui, en outre, se dénourrit par le fait même de la maladie, et nous ne pouvons rien contre la diathèse. Que faire alors ? Réparer ce que celle-ci tend à détruire et lui donner le temps de s'user à vide pour ainsi dire, permettre, en un mot, au tuberculeux de *survivre* à ses tubercules, selon l'heureuse expression du professeur Peter.

Mais, en dehors de l'hygiène et des moyens que nous possédons contre l'état local, avons-nous un médicament qui puisse combattre directement et avec succès cette déchéance organique ?

Je répondrai oui, très hardiment. C'est le phosphate de chaux, mais à la condition expresse de l'employer d'une certaine façon, et je suis persuadé que ceux qui n'en ont pas retiré tous les avantages qu'il est susceptible de produire l'ont mal employé.

Le phosphate de chaux n'est absorbé, en effet, qu'à l'état de dissolution, et cela ne suffit pas encore; il faut qu'il soit à l'état de dissolution chlorhydrique, et que cette dissolution s'opère à l'état naissant, sous peine d'avoir un produit trop acide et ne contenant que très peu de sel. On a alors un médicament complexe possédant trois actions distinctes qui aboutissent au même but.

Par l'acide chlorhydrique libre qu'il contient, il agit comme eupeptipue puissant, en facilitant la dissolution des principes albuminoïdes, par conséquent la digestion et la nutrition, à ce point qu'aujourd'hui les Allemands l'emploient dans la chlorose de préférence au fer.

Il agit encore par le chlorure de calcium, qui provient de la réaction de l'acide chlorhydrique. Ce sel n'est pas employé en France, et à tort. On l'apprécie énormément en Angleterre comme succédané de l'iode et il n'a pas son action irritante.

Mais c'est surtout comme phosphate de chaux que ce médicament a une valeur considérable. C'est en effet un agent indispensable de la nutrition, puisque c'est lui qui sert à fixer dans nos tissus les matières azotées. Or c'est là le but : refaire la matière vivante.

Et ne pourrait-on pas ajouter qu'il aide aussi par le même mécanisme à la cicatrisation des foyers tuberculeux et à la transformation crétacée ?

On l'a soutenu, et cela pourrait bien être, quoique ce ne soit pas encore prouvé.

Mais ce que j'espère du moins avoir démontré, c'est l'action toute spéciale que possède cette solution chlorhydrique ou solution de chlorhydro-phosphate de chaux, comme l'a appelée, improprement peut-être, son auteur, M. Coirre. Cette action est facile à expliquer et à comprendre; elle nous fournit une ressource inappréciable, et nous serions presque coupables de l'ignorer ou de la négliger, en présence de résultats comme celui dont j'ai cité l'exemple.

—

# BIBLIOTHÈQUE

**EXCURSIONS GÉOLOGIQUES A TRAVERS LA FRANCE**, par Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Museum d'histoire naturelle. Paris, G. Masson, 1882. Un volume grand in-8° de 308 pages.

Ce très beau volume, illustré de 97 figures dans le texte et de deux planches hors texte, comprend la description géologique du Puy-de-Dôme, de Granville et Jersey, de Soissons, des Ardennes, des Vosges, de la Champagne, du Cantal, de la région du mont Blanc, des environs de Paris, etc., etc.

Quand je dis : « Description géologique », je me sers d'une expression qui ne donne pas une idée suffisante de la nature du livre. La description géologique toute seule des régions parcourues serait bien sèche, et n'intéresserait que les savants de profession. Il s'agit ici de relations de promenades entreprises dans un but scientifique, poussées dans toutes les directions, et où rien n'est dédaigné de ce qui peut offrir de l'attrait au lecteur : les paysages traversés, la configuration du sol, la direction des cours d'eau, la disposition des lacs ou des bords de la mer, les aspects de la nature, ou singuliers ou grandioses, dont on jouit de certains points déterminés, tout, jusqu'aux incidents dramatiques ou burlesques du voyage, tout est noté par l'auteur. Il en résulte que la lecture de ce livre est à la fois la plus instructive et la plus attachante que l'on puisse imaginer. Je ne crois pas qu'il en existe un autre, aussi propre à donner aux jeunes gens le goût de la géologie. Je suis convaincu qu'il est impossible de parcourir la France avec un guide plus sûr ni avec un meilleur compagnon.

Depuis dix ans, M. Stanislas Meunier dirige les excursions géologiques publiques du Muséum d'Histoire naturelle. On sait comment les choses se passent. Un avis, affiché au Jardin des Plantes et inséré au *Journal Officiel,* donne aux personnes désireuses de faire partie de l'excursion toutes les indications nécessaires. Cet appel s'adresse, sans exclusion aucune, à qui veut l'entendre. Les catégories les plus diverses de la société y répondent d'ordinaire : « Étudiants, médecins, pharmaciens, avocats, professeurs, officiers, employés des ministères et autres, *indépendants* de tous genres, voire des dames. = Tout ce monde débarque d'un train à la station désignée, se dirige vers quelque point aride où la terre écorchée laisse voir les masses qui la constituent : carrière, tranchée, fondation de maison, escarpement naturel.

On s'arrête et le conducteur de la caravane appelle l'attention de ses auditeurs sur les particularités du sol entr'ouvert; il en fait ressortir la structure, en indique l'âge, en expose l'origine. Il invite ensuite ses compagnons à attaquer le terrain, à prélever des échantillons de roches, à rechercher les fossilles, souvent aussi à prendre de la coupe un croquis coté, aussi exact que possible. — Aux carrières succèdent les carrières, aux kilomètres les kilomètres, et les sacs s'emplissent peu à peu. Bientôt l'appétit se fait sentir impérieux. On atteint un village, et dans le village l'auberge où une table toute servie attend les affamés. Le maître-d'hôtel, prévenu d'avance, a tout préparé, et les victuailles disparaissent comme par enchantement. »

Et avec elles, sans doute, disparaissent les conventions insipides et l'étiquette gênante pour ne laisser subsister que la gaieté cordiale, la bonne humeur, la bienveillance réciproque de gens bien portants, marcheurs intrépides, excités par une longue course en plein air, et tous animés d'une même passion — la passion d'apprendre, c'est l'idéal !

Et on n'apprend jamais ni si vite, ni si bien, ni plus agréablement qu'en mettant en commun ses recherches, ses doutes et ses découvertes. Le professeur, lui-même, tire grand profit de ses colloques libres. M. Stanislas Meunier a le juste esprit de le reconnaître et de le proclamer bien haut : « En échange perpétuel d'opinions avec eux (les disciples qui l'accompagnent dans ses pérégrinations géologiques), exposé au feu roulant de leurs intelligentes interrogations, j'ai, sans doute, dit-il, bien plus appris qu'eux-mêmes dans ces réunions où j'étais censé enseigner. Jamais, dans des excursions solitaires, je n'aurais eu l'occasion d'approfondir les questions géologiques, comme je l'ai fait parfois avec eux, et plus souvent encore à cause d'eux. »

Ce remercîment, adressé d'un cœur sincère, par le professeur à ses collaborateurs inconscients, montre avec quelle libéralité a été conçu l'ouvrage que nous recommandons à nos lecteurs. Ajoutons que le papier, la typographie et la gravure font le plus grand honneur à l'éditeur, M. G. Masson. C'est un beau livre, nous le répétons, et c'est un bon livre. — M. L.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Charles Richet pour la section d'anatomie et de physiologie; de MM. Garreau (de Lille) et Rollet (de Lyon) pour le titre de membre correspondant national.

2° Une note de M. Bonnafé sur les ferments et les fermentations. (Com. MM. Pasteur et Gautier.)

3° Plusieurs lettres relatives au prix Saint-Paul.

—

M. Maurice PERRIN présente : 1° au nom de M. le docteur Chauvel (du Val-de-Grâce), l'article *Orbite*, extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales; — 2° au nom de MM. Bernou et Strohl, pharmaciens, une note manuscrite intitulée : *Procédé pour rendre potables les eaux magnésiennes et séléniteuses.*

M. GUENEAU DE MUSSY (Noël) présente, au nom de M. le docteur Barety (de Nice), un volume intitulé : *Du climat de Nice et de ses indications et contre-indications en général.*

—

M. TARNIER présente de la part de M. le docteur Pierre Thomas (de Paris) :

1° Un embryotome emporte-pièce destiné à couper le tronc ou le cou du fœtus dans les présentations de l'épaule, alors que la version est impossible.

2° Un autre instrument destiné à rendre la décollation plus facile que par le passé.

Ce dernier instrument se compose d'un crochet analogue à celui de Braun (de Vienne), mais ce crochet est creux, et il sert de conducteur à une ficelle autour de laquelle un petit fil de fer est enroulé en spirale.

Une fois le crochet passé derrière le cou, on saisit l'une des anses par lesquelles se termine la ficelle et on attire celle-ci au dehors. En imprimant à cette ficelle un mouvement de va-et-vient, on coupe très rapidement tous les tissus y compris la colonne vértébrale du fœtus. Mais cette ficelle aussi armée d'un fil de fer en spirale serait dangereuse pour les organes maternels. Aussi M. Thomas protège ceux-ci en faisant passer la ficelle dans une double canule en forme de canon de fusil double,

M. Tarnier croit que ce dernier instrument de M. Thomas est appelé à rendre de réels services et simplifiera les décollations. Mais il pense que M. Thomas rencontrera dans certains cas de la difficulté à attirer au dehors la ficelle et à la faire sortir du crochet.

M. TARNIER présente, en troisième lieu, de la part de M. Ribemont, chef de clinique d'accouchement, un instrument analogue à celui de M. Thomas.

L'instrument de M. Ribemont se compose aussi d'un crochet creux qui cache un ressort analogue à celui de la sonde de Belloc. Le ressort sert à entraîner une ficelle armée d'un fil de fer en spirale. Le crochet se termine par un anneau métallique pivotant dans tous les sens, facile à casser avec le bout des doigts, et ce détail d'instrumentation paraît à M. Tarnier présenter un grand avantage.

En combinant les avantages respectifs des deux derniers instruments à ficelle armée de fil de fer, M. Tarnier croit que MM. Thomas et Ribemont arriveront à construire un embryotome très puissant, facile à manier et appelé, il l'espère, à rendre de très grands services.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des membres du bureau pour l'année 1882.

Vice-président : le nombre des votants étant de 77, majorité 39, M. Hardy obtient 39 suffrages; M. Fauvel 33; M. Bergeron 1 ; M. Hérard 1 ; bulletins blancs, 3.

En conséquence, M. Hardy ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour 1882.

M. HARDY remercie en quelques mots ses collègues.

M. BERGERON est prorogé, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. BERNUTZ est élu premier membre du conseil;

M. Jules LEFORT est élu deuxième membre du conseil.

M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie se réunira, mardi prochain, en comité secret, pour entendre le rapport de M. Peter sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les rapports entre le paludisme et le diabète.

M. VERNEUIL, avant de répondre à ses honorables contradicteurs, tient à combler deux lacunes de son historique. M. le docteur Liégey (de Rambervilliers), dans une observation communiquée en 1874 à la Société de médecine de Paris, et M. le docteur Redon, dans une thèse sur le *diabète sucré chez les enfants,* ont indiqué les relations possibles entre l'impaludisme et la glycosurie ou le diabète. M. Verneuil, répondant ensuite à M. Le Roy de Méricourt, rappelle que son savant collègue, dans son argumentation, lui a reproché de confondre le vrai diabète avec la glycosurie transitoire. A cela il répond que, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de caractères distinctifs absolus du diabète vrai. D'ailleurs, pour simplifier la question, il accepte d'écarter, du moins pour le moment, le mot diabète et de se servir exclusivement du mot glycosurie, en ajoutant pourtant que la glycosurie, quand elle est tardive et tenace, mériterait le nom d'*accident paludique tertiaire.*

M. Le Roy de Méricourt a discuté quelques-unes des observations de M. Verneuil et M. Léon Colin lui-même ne les a pas considérées comme concluantes. L'un et l'autre se sont demandé s'il existait bien un rapport quelconque entre le diabète tardif et les accidents paludiques qui avaient précédé. Suivant M. Verneuil, M. Le Roy de Méricourt croit beaucoup trop à la bénignité de la glycosurie; considère à tort le diabète comme aisé à reconnaître à ses symptômes; admet, enfin, trop facilement comme capables de produire la glycosurie une foule de causes banales qui peuvent tout au plus la déceler.

Parmi les documents invoqués contre lui, M. Verneuil reconnaît surtout comme importants les renseignements fournis par M. Grall, médecin de 1re classe de la marine, qui, dans une nouvelle lettre adressée à M. Le Roy de Méricourt, affirme très explicitement avoir fait, du mois de janvier au mois de juillet 1879, un très grand nombre d'analyses d'urines chez les déportés. Il y recherchait spécialement le sucre et ne l'a jamais trouvé.

M. Verneuil ne peut mettre en doute une affirmation si catégorique. Il admet donc qu'à la Guyane, le diabète n'est jamais une conséquence de l'impaludisme, Mais ce ne serait pas une raison pour nier qu'en Sologne, par exemple, l'impaludisme amène le diabète. On a vu de telles différences en ce qui touche l'albuminurie paludique ! Fréquente dans certains pays, elle ne se produit pas ailleurs. C'est ainsi que Rosenstein, après l'avoir observée à Dantzig, ne l'a pas retrouvée chez les impaludés de la Hollande orientale.

Des trois questions posées par M. Le Roy de Méricourt, une seule est considérée par M. Verneuil comme actuellement résolue, relativement à la fréquence plus grande de la glycosurie par suite des accès de fièvre intermittente, que par suite d'autres accès de fièvre; M. Verneuil croit pouvoir être absolument affirmatif. Il a souvent observé des cas d'herpès fébrile, d'érysipèle, de lymphangite, etc., avec frissons, chaleur et sueur, sans glycosurie.

Répondant ensuite à M. Léon Colin, M. Verneuil énumère les observations qui lui ont été envoyées de divers côtés depuis le commencement de cette discussion, et il prend l'engagement de venir dans un an exposer à l'Académie les résultats de l'enquête qu'il se félicite d'avoir ouverte.

— La séance est levée à cinq heures.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Suite de la séance du 14 décembre 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

SOMMAIRE. — Colotomie lombaire; anévrysme de la région orbitaire à la suite d'une chute sur la tête.

M. TRÉLAT fait une communication sur le manuel opératoire de la colotomie lombaire. Il établit que la colotomie lombaire a des indications très précises. Elle convient, suivant lui, dans les cas de cancer du rectum douloureux et inaccessible, et dans lesquels les accidents caractéristiques de cette grave maladie coïncident cependant avec un état encore satisfaisant de la santé générale.

La colotomie lombaire paraît à M. Trélat supérieure à l'entérotomie inguinale pour trois raisons : 1° parce qu'elle s'attaque à une région extra-péritonéale de l'intestin; 2° qu'elle porte sur une portion déterminée et fixe de l'intestin; 3° parce que cette portion de l'intestin étant située vers l'extrémité inférieure du tube digestif, l'opération comporte la régularité du régime des selles.

Grâce à cette opération, un sujet qui a un cancer douloureux et inaccessible du rectum se

trouve transformé en un individu qui ne souffre plus et qui a des selles à peu près régulières. En outre, la pratique enseigne qu'un anus artificiel situé dans le dos est plus commode à porter que l'anus inguinal.

Suivant M. Trélat, le manuel opératoire de la colotomie lombaire, tel qu'il est exposé dans les livres classiques, manque de précision, du moins en ce qui concerne le premier et le dernier temps de l'opération, c'est-à-dire le choix de la ligne de l'incision et le mode de suture de l'intestin. Quant au temps moyen, M. Trélat n'a rien à en dire de particulier, le manuel opératoire de ce temps se trouvant bien exposé dans les livres, en particulier dans le *Traité de médecine opératoire* de Malgaigne, revu par M. Léon Le Fort.

*Choix de la ligne d'incision.* — Le champ de l'opération est déterminé par l'intersection de deux lignes dont la première se dirige de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche vers l'angle formé par la réunion de la douzième côte avec la masse des muscles sacro-lombaires, et dont l'autre s'élève perpendiculairement à 2 centimètres en arrière du milieu de la crête iliaque entre les deux épines iliaques supérieures.

Le point d'intersection de ces deux lignes constitue le milieu de l'incision, laquelle doit avoir de 8 à 10 centimètres dans le sens de la première ligne. On traverse toutes les parties molles de la région et on tombe directement sur l'intestin que l'on reconnaît à des signes différents suivant qu'il est plein ou vide.

Plein, il renferme des gaz et des cybales; vide, il apparaît sous la forme d'un ruban blanc grisâtre, qui tranche sur la couleur jaune du tissu graisseux; en outre, il est fibroïde transversalement, et, en le pressant entre deux doigts, on peut faire glisser l'une sur l'autre les parois opposés, comme deux feuillets contigus.

On fixe d'abord l'intestin par deux anses de fil passées à 30 ou 32 millimètres l'une de l'autre, à l'aide desquelles on l'attire vers la surface; puis on forme d'autres anses qui traversent de chaque côté les bords de la plaie en perforant l'intestin au milieu, le même trou devant servir au passage de deux anses opposées.

Enfin on pratique sur le milieu de la ligne une ouverture à l'intestin de trois centimètres et l'on affronte, du même coup, les bords de la plaie cutanée et de la plaie intestinale.

On panse avec de la tarlatane phéniquée recouverte de taffetas gommé et d'ouate; on renouvelle le pansement chaque fois qu'il est souillé par l'issue des matières.

M. Trélat dit avoir opéré tout récemment par cette méthode une femme atteinte de cancer du rectum, mais ayant encore une très bonne santé générale; elle va bien jusqu'à présent.

Il a également opéré, il y a cinq mois, un jeune homme de 22 ans, atteint de cancer du rectum compliqué d'un cancer du foie; la maladie datait de 15 mois et la santé générale était peu satisfaisante; cependant, malgré ces conditions fâcheuses, le malade a retiré de l'opération un bénéfice notable; les douleurs ont cessé et l'opéré a vécu encore cinq mois sans souffrances. M. Trélat met sous les yeux de ses collègues la pièce anatomo-pathologique.

## FORMULAIRE

### Glycérine dans la dyspepsie flatulente. — S. Ringer et Murrell.

Chez plusieurs malades atteints de dyspepsie flatulante et de pyrosis, la glycérine a fait cesser la douleur et les vomissements, en retardant peut-être ou en arrêtant certaines fermentations, qui peuvent se produire dans le tube digestif. On l'administre à la dose de 4 à 8 grammes, avant les aliments, en même temps qu'eux ou immédiatement après, dans de l'eau, du thé, du café ou du soda-water. Dans le thé ou le café, elle remplace avantageusement le sucre, qui a l'inconvénient de favoriser la production des gaz. Dans certains cas, la guérison exige dix ou quinze jours de traitement. — Les auteurs ne considèrent point la glycérine comme un remède infaillible, dans la dyspepsie acide et flatulente; mais ils engagent les médecins à renouveler leurs essais. — N. G.

## CORRESPONDANCE

Le Mans, 16 décembre 1881.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire avec le plus vif intérêt l'appel fait à M. le professeur Brouardel par M. le docteur Notta (de Lisieux) au sujet du choix des médecins experts devant la justice criminelle.

Dans sa séance du 16 mai 1880, l'Association des médecins de la Sarthe a manifesté l'avis que, tout en réclamant le concours pour les postes médicaux relevant du gouvernement et des

administrations publiques, il serait urgent d'insister sur les avantages qu'il offrirait pour le choix des médecins légistes.

Après une discussion très animée et qui reflète trait pour trait les arguments si bien exposés par le distingué médecin de Lisieux, l'Assemblée générale du 16 mai s'est empressée d'adopter, à l'unanimité, le vœu suivant :

L'Association des médecins de la Sarthe exprime le vœu que tous les postes médicaux relevant du gouvernement ou des administrations publiques, notamment ceux de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, *et de médecins légistes, soient donnés au concours*.

Pour ce qui concerne les médecins légistes, le vœu exprimé fut transmis directement à M, le garde des sceaux, mais j'avoue que le poids d'un intermédiaire comme M. le professeur Brouardel eût mieux fixé sur lui l'attention ministérielle.

Espérons que la voix si autorisée de M. Notta pourra nous prêter le renfort indispensable.

Veuillez, monsieur et très honoré confrère, agréer l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Votre bien dévoué, Dr Lizé.

Président de l'Association des médecins de la Sarthe.

## COURRIER

Société d'anthropologie de paris. — Bureau pour l'année 1882 : Président, M. Thulié; premier vice-président, M. Proust; deuxième vice-président, M. Hamy; secrétaire général adjoint, Girard de Rialle; secrétaires annuels, MM. Chervin et Zaborowski; conservateur des collections, M. Collineau ; archiviste, M. Dureau ; trésorier M. Leguay.

Commission de publication : MM. de Quatrefages, Parrot et Auburtin.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 24 décembre 1881, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, 3 (local de la Société de chirurgie).

*Ordre du jour* : 1° Rapport de M. Gillebert Dhercourt père sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Guiraud (de Nice). — 2° Rapport de M. Craux sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le docteur Mathelin. — 3° Lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, d'un mémoire intitulé : De la sensibilité cutanée dans les affections de l'appareil utéro-ovarien, par M. le docteur de Fourcauld. — 4° Communications diverses.

— A céder immédiatement une très bonne clientèle (spécialité de traitement par l'électricité) dans le centre de Paris. Conditions à débattre à l'amiable. S'adresser, 3, rue du Pont-Neuf, chez M. le docteur Ducos.



*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# DERMATOLOGIE

**Hôpital Saint-Louis. — M. E. GUIBOUT.**

**DERMATOLOGIE DE LA FACE.**

Leçon recueillie par M. MARTINET, interne du service.

Messieurs,

De toutes les régions du corps, la face est, sans contredit une des plus importantes. N'est-ce pas elle qui donne à chacun de nous son cachet individuel, sa physionomie personnelle? N'est-ce pas sur elle que se lisent nos impressions, nos sentiments, sur elle qu'on peut voir ce que nous sommes moralement? Mais si elle est une des plus nobles parties du corps humain, elle a, par contre-coup, le désolant privilège de servir de terrain, de champ d'évolution à la plupart des maladies de la peau; presque toutes s'y donnent rendez-vous, soit à leur début, soit à leur période d'activité, ou à leur déclin. Y a-t-il là un simple effet du hasard, ou existe-t-il des raisons de cette localisation?

Ces raisons, l'anatomie et la physiologie nous les fournissent. En effet, que peut avoir d'étonnant cette susceptibilité de la face, étant données, la finesse de sa peau, la délicatesse de son épiderme et la richesse de son réseau artériel, veineux et lymphatique? Où trouver une pareille abondance de glandes sudorales et de follicules sébacés? La mobilité si connue de la physionomie exige de la peau une élasticité parfaite, et, par conséquent, ne lui faut-il pas un enduit onctueux qui la rende plus souple? Les follicules pileux sont aussi en très grand nombre; or tous les organes qui ont leur vitalité propre, ont aussi leurs affections propres. La face sera donc le siège d'affections générales, en même temps que d'affections spéciales à chacun de ces appareils.

Cherchons d'abord à nous faire uue idée de ce que sont ces maladies aux différents âges de la vie.

Naturellement nous en trouverons un grand nombre chez l'enfant, dont la peau fine, impressionnable s'enflamme au moindre contact irritant, aux moindres vicissitudes atmosphériques.

L'enfant vient au monde couvert d'un enduit sébacé, facile à enlever, excepté à

# FEUILLETON

**CAUSERIES**

Je viens de lire un petit travail, — petit par le volume mais non sans importance dans le fond, — dans lequel j'ai trouvé un assez vif intérêt pour que j'en parle à mes lecteurs. Ce petit travail, je l'ai rencontré dans le dernier numéro du *Bulletin de la Société protectrice des animaux*, il a pour titre : *Les Sociétés protectrices des animaux et les progrès de l'agriculture*, et son auteur est l'honorable M. Magne, ancien directeur de l'École d'Alfort, membre de l'Académie de médecine, section de la médecine vétérinaire. — Voilà des dénominations qui me provoquent à ouvrir une parenthèse, me le permettez-vous? Et n'est-ce pas précisément un des privilèges de la causerie de pouvoir se soustraire à l'ordre, à la méthode, à l'enchaînement logique des idées? Eh bien, ces mots : section de médecine vétérinaire, me rappellent que je crois avoir connu tous les membres qui ont fait partie de cette section depuis la fondation de l'Académie. Ainsi, j'ai connu Girard, Dupuy, les deux Hazard père et fils, Bouley père, Barthélemy, Delafond, Renaut, Leblanc père, tous hommes de grande science, de talent véritable, et quelques-uns de facultés oratoires remarquables. Je doute que dans toute autre section que dans celle-là, qui ne s'est d'ailleurs jamais composée que de six membres, on trouvât un pareil nombre d'hommes aussi distingués et ayant laissé dans cette Compagnie savante plus d'honorables souvenirs. Je ne peux et je ne veux parler que des morts; la section est aujourd'hui au complet et sa composition actuelle ne la fera pas déchoir de la haute

la tête, où les cheveux, quoique rares, le retiennent : il forme là une sorte de carapace croûteuse qui devient trop souvent le point de départ d'affections à type inflammatoire et à sécrétion humide, telles que l'impétigo, l'eczéma simple, ou impétigineux.

Plus tard, au moment de l'évolution dentaire, on voit apparaître sur les joues des papules d'érythème, ou encore des papules de strophulus, papules saillantes, coniques, blanches, et entourées à leur base d'une auréole ronde, double affection à marche rapide, à type inflammatoire, à forme aiguë, connue sous le nom vulgaire de *feux de dents*.

La plus légère inflammation des voies respiratoires dans la vie enfantine, est souvent précédée et accompagnée de poussées d'herpès labialis; l'enfant est-il mal soigné, misérable, on peut voir sur sa figure de véritables pustules d'ecthyma.

Très souvent le front de l'enfant est constellé des petites et innombrables granulations de l'acné miliaire.

Le nez, les oreilles, les joues de l'enfant deviennent facilement, sous l'influence du froid, le siège d'érythème pernio, vulgairement appelé *engelures*.

Indépendamment de ces affections tenant à la constitution même de la peau de la face, vous trouvez encore chez l'enfant toute la série des exanthèmes et des pseudo-exanthèmes, rougeole, scarlatine, variole, eczéma rubrum, herpès, lichen ruber, impétigo.

Il n'est pas jusqu'aux parasites qui ne viennent aussi siéger sur la face de l'enfant; le tricophyton y vient dessiner ses tonsures, ses festons, ses cercles si parfaits; mais les poils sont rares et délicats; ils ne sont représentés que par un léger duvet, et le parasite meurt de lui-même par le fait même de la destruction du poil. La teigne faveuse s'observe aussi sur toutes les parties de la figure de l'enfant.

Passons-nous à l'adolescence, à l'âge mûr, la scène s'élargit. Toutes les diathèses, après s'être emparé de l'organisme, viennent se montrer à la face. Au premier rang, il faut citer la syphilis; elle y étale ses lésions à toutes ses périodes. L'accident primitif n'y est pas rare, et, pour ma part, j'ai vu des chancres indurés sur le nez et dans le nez, aux lèvres, dans la fossette du menton, sur la pommette. Les accidents secondaires sont représentés sur la face par les papules, les tubercules de la région frontale, dont l'ensemble constitue la *corona veneris;* d'autres accidents secondaires de nature maligne, comme les syphilides pustulo-crustacées, envahissent aussi le nez, les joues, le front.

---

estime conquise par ses prédécesseurs. La nommer justifiera mon dire : MM. Bouley, Colin, Goubaux, Leblanc, Magne et Raynal. — Je reviens à M. Magne et à son petit travail.

L'honorable académicien trouve injuste le reproche qu'on adresse aux protectionnistes de s'occuper exclusivement d'améliorer le sort des animaux, et de négliger les améliorations à apporter aux conditions des hommes. On peut répondre qu'en cherchant à améliorer la position des êtres inférieurs, les Sociétés protectrices contribuent a rendre les hommes meilleurs. Cependant on peut faire mieux, et tout ce qu'on peut faire pour augmenter le bien-être des hommes est loin d'être fait. M. Magne reconnaît, et dans un récent voyage qu'il vient de faire dans nos départements, il a constaté que de grands progrès ont été faits en France depuis cinquante ans dans la grande culture. « Mais les opérations secondaires des fermes, dit-il, ce que j'appellerai les travaux intérieurs, en sont encore au point où je les voyais dans ma famille. » M. Magne les passe en revue.

Ainsi, l'élève du veau n'est pas rémunératrice à cause de la méthode vicieuse employée pour son alimentation.

La culture des arbres fruitiers est complètement négligée. Ainsi dans des localités où le fruit de la vigne ne mûrit pas, le cultivateur semble ignorer que la pomme et la poire fournissent une boisson plus saine, plus nourrissante et plus fortifiante que l'eau malsaine à laquelle il est réduit.

Si le verger est ainsi complètement négligé, le potager est-il l'objet de plus de soins et d'une culture intelligente?

Non, assure M. Magne. « A l'exception, dit-il, des plantes potagères qui étaient connues du temps d'Olivier de Serres, on n'a aucun légume nouveau dans beaucoup de fermes. Il a fallu

Enfin, à la période tertiaire, ce sont les croûtes vert noirâtre du rupia, qui envahissent toutes les régions de la face.

De tous les os du corps, ceux de la face sont ceux que la syphilis atteint et détruit le plus souvent : tels sont les os et les cartilages du nez, les os malaires, les os frontaux. Souvent le nez s'affaisse, quoique la peau qui le recouvre reste intacte, parce que la syphilis, dont les ravages s'opèrent de la profondeur à la superficie, a détruit sa charpente osseuse et cartilagineuse.

La scrofule est véritablement chez elle, sur la face; c'est là son terrain de prédilection, et son siége, de beaucoup le plus fréquent. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les salles et les cours de l'hôpital Saint-Louis; à chaque lit, à chaque pas, on rencontre des victimes mutilées, défigurées du vice scrofuleux; le nez, les pommettes, le front, sont tout particulièrement affectionnés par elle. La scrofule n'a même pas besoin de consommer ses affreux ravages sur la face, pour montrer qu'elle y existe bien réellement, qu'elle est maîtresse de la place, qu'elle s'en est emparée et qu'elle imprègne l'organisme. Lors même que la scrofule n'a encore produit aucune lésion sur la face, elle imprime à la physionomie un tel aspect qu'on reconnaît son existence au premier coup d'œil. N'est-ce pas, en effet, le cachet pathognomonique de la scrofule que cette face, dont le diamètre transversal est démesurément large, dont le nez est épais, croûteux, aplati, luisant, dont les lèvres, épaisses aussi, sont démesurément grossies par une infiltration interstitielle, et dont les régions sus-hyoïdiennes et sous-maxillaires sont soulevées par des ganglions lymphatiques engorgés? D'autres fois, la peau de la face paraît à peine effleurée; elle est rouge, vineuse; c'est l'érythème scrofuleux, avec ou sans squames; le nez, les joues sont, dans ce cas, le siége d'une rougeur lie de vin caractéristique. Dans d'autres cas, ce sont des petits phlegmons, des pustules et des croûtes que détermine la scrofule sur la face.

La scrofule ravage, détruit la peau de la face de deux manières : tantôt elle la ronge en surface, passant d'un côté à l'autre de la face; ainsi en est-il dans le *lupus vorax en surface;* tantôt elle procède, dans ses ravages, de la superficie à la profondeur; elle détruit d'abord la peau, puis les muscles, puis le périoste, et enfin les os.

Le cancer apparaît aussi fréquemment sur la face; n'est-elle pas le siége d'élection du cancroïde. Il attaque surtout les régions les plus en vue, le nez, les lèvres,

---

la prodigieuse fécondité, les incroyables avantages de la pomme de terre, pour en faire entrer la culture chez tous les cultivateurs. »

M. Magne déplore encore l'incurie d'un trop grand nombre de paysans sur le chou, le navet, la laitue, la romaine, l'escarole, la carotte, le haricot, le pois, etc., dont ils ignorent encore leurs meilleures variétés. Il fait observer avec raison que ces améliorations dans le potager, tout en rendant service aux citadins, augmenteraient les recettes des fermes par l'exploitation dans les villes, aujourd'hui que les moyens de communication sont devenus plus faciles.

Dans cette énumération des *desiderata* de la culture dans un trop grand nombre de départements, M. Magne n'oublie pas ceux que réclame l'hygiène en ce qui concerne la tenue des fermes, la malpropreté des étables, véritables cloaques, dit-il, où l'on ne peut pénétrer qu'avec des sabots, et encore!

Aussi insoucieux de son verger et de son potager, le cultivateur de quelques-uns de nos départements est-il plus attentif sur le couchage de ses animaux? Non, il le néglige comme il néglige le sien propre. Mais il ne songe pas plus à ses propres habitations qu'à celles de ses animaux.

En lisant cette note de M. Magne, on voit avec douleur que, dans certaines localités de notre pays, le paysan actuel rappelle encore le lamentable et sinistre tableau que La Bruyère a tracé du paysan de son temps.

Que faire pour remédier à cet état de choses?

Je demande la permission de citer textuellement les réflexions aussi judicieuses que pratiques qui terminent le travail de M. Magne. Je ne m'excuse pas même de le faire, car, m'adressant à des médecins, c'est bien le médecin qui peut s'appliquer cette belle pensée de Térence : *Homo sum*, etc.

les pommettes, les paupières; il peut, après être resté bénin et torpide, pendant des années, prendre tout à coup une marche rapide et une extrême gravité.

Quelquefois le cancroïde, sur la face, affecte d'emblée sa forme la plus maligne; tantôt, alors, il détruit toutes les parties molles et osseuses, ne laissant, après ces destructions, que d'affreuses cavités, que des vides hideux à voir; tantôt, au contraire, il produit des bourgeonnements, des végétations champignonneuses, desquelles s'écoule un suintement infect, et qui souvent forment des masses énormes, d'une couleur violacée et d'un aspect repoussant.

La diathèse herpétique n'oublie pas non plus la face; le psoriasis s'y montre souvent, ainsi que l'impétigo, le lichen, le prurigo; mais l'eczéma est, sur la face, la plus fréquente manifestation de l'herpétis, c'est aussi une des affections les plus graves qui s'y puissent rencontrer. Les désordres qu'il y cause sont tels quelquefois, que la figure en est méconnaissable, qu'elle en devient répugnante, qu'elle s'altère, se déforme, jusqu'à rendre presque impossible la vie sociale. Ce qui augmente encore la gravité de l'eczéma de la face, c'est que le traitement local y est très difficile à appliquer, en raison des orifices naturels, les yeux, le nez, la bouche; en raison aussi de l'action permanente des muscles et de la mobilité excessive des téguments; le repos, une des conditions *sine quâ non* d'un traitement efficace dans l'eczéma aigu, est en effet impossible à garder. De plus, l'eczéma de la face peut envahir les yeux, enflammer la conjonctive, détruire les cils, oblitérer le canal nasal, devenir la cause de tumeur, de fistule lacrymale, ou pénétrer dans le nez, dans la bouche; il se porte même sur la langue et occasionne, par ce fait, une gêne considérable pour la phonation et la mastication. L'eczéma peut encore siéger autour de l'orifice buccal, gêner la parole, la préhension des aliments, la mastication, empêcher le rire, la phonation; il peut siéger autour des narines, autour desquelles on le voit former comme des espèces de rayons, qui lui ont fait donner le nom d' *eczéma orbiculaire*.

Parmi les maladies spéciales, particulières à tel ou tel appareil organique de la face, nous trouvons l'acné, dont la cause réside dans une lésion des glandes sébacées. C'est le dos, c'est la pointe du nez, ce sont les ailes du nez, sur lesquelles s'étale de préférence la couperose, avec ses tubercules et ses pustules. L'acné hypertrophique porte son action sur le nez; elle en augmente la longueur, la grosseur, elle le déforme de la façon la plus disgracieuse.

Lorsque ce sont les follicules pileux qui sont atteints, on assiste à une éruption

---

« Les sociétés d'agriculture, les comices agricoles s'attachent aux grands travaux qui forment la base des exploitations rurales, lorsqu'ils négligent les opérations secondaires sur lesquelles je voudrais appeler l'attention de mes collègues des sociétés protectrices.

« C'est à ces sociétés à s'en occuper. Il leur appartient de démontrer les avantages du bien-être au point de vue de la santé, de l'hygiène, et même du revenu des fermes.

« Ces améliorations que je voudrais voir réaliser ne sont pas tentées, parce que l'avantage pécuniaire qu'elles produiraient n'est pas assez apparent. Il deviendrait cependant considérable, cela est démontré dans beaucoup de localités. Mais le cultivateur ne l'entrevoit pas; il ne voit pas la facilité de vendre les produits nouveaux qu'il obtiendrait.

« Le stimulant doit donc être le désir de bien-être; le désir de consommer des fruits, des légumes, des fromages, du beurre, dont le cultivateur est privé; d'avoir à sa disposition des boissons plus agréables, plns salubres que l'eau, si mauvaise en été dans un grand nombre de villages.

« Aux sociétés protectrices à démontrer que dans ces questions il ne s'agit pas seulement de satisfaction morale, de plaisir physique, mais de questions qui se rapportent à des avantages matériels, qu'il s'agit de moyens propres à combattre le manque de numéraire qui fait la désolation de tant de cultivateurs.

« Notons que sur tous les sujets que j'énumère l'amélioration serait facile. Il ne s'agit pas d'innovations à réaliser. Il n'y a qu'à imiter ce qui heureusemont se fait dans un grand nombre de départements, ce qui se fait même dans quelques régions entières.

« Il y a beaucoup de personnes qui recommandent les privations, l'austérité comme des choses méritoires, qui blâment la recherche des choses pouvant procurer l'aisance, le bien-être. Nous ne saurions mettre en doute la douceur de caractère, les intentions humanitaires

de tubercules et de pustules caractéristiques traversés par un poil, c'est le sycosis. Celui de la lèvre supérieure était regardé par Bazin, comme étant de nature arthritique. Le sycosis peut être une inflammation simple des follicules pilifères, ou bien il peut être parasitaire et résulter alors de la présence du tricophyton au sein du follicule.

Signalons enfin, sur la face, le favus et la tricophytie à ses trois périodes.

C'est par le vieillard que nous allons terminer cette vue panoramique des lésions cutanées de la face.

Héritier des antécédents de la jeunesse et de l'âge mûr, il porte sur sa figure les traces indélébiles de toutes les maladies, de toutes les souffrances antérieures. Y a-t-il eu autrefois des accidents scrofuleux, c'est au nez, rongé, effilé, ou détruit, qu'on en reconnaît l'ancienne existence; ou bien ce sont les paupières déformées, ou les joues couturées et labourées de cicatrices réticulées, qui indiqueront qu'à une époque plus ou moins ancienne la scrofule a passé par là.

La figure du jeune homme a-t-elle été atteinte par la syphilis ulcéreuse ou pustuleuse? La figure du vieillard en portera les empreintes; ses joues seront parsemées de cicatrices blanches, déprimées, gaufrées sur les bords; le front pourra être bosselé par le fait d'exostoses.

Et quand bien même il n'y aurait pas eu dans le passé de vice du sang, de diathèse, d'affection constitutionnelle, la face du vieillard subit néanmoins une déchéance vitale et organique qui lui imprime un cachet spécial, remarquable. La peau a perdu son élasticité, elle est sèche et sillonnée de rides profondes; les joues sont flasques, pendantes; c'est une série de dépressions et de saillies; les arcades orbitaires proéminentes font paraître les yeux petits, enfoncés dans leur loge osseuse; les pommettes sont saillantes, le diamètre vertical de la face a diminué par suite de la chute des dents, et de la disparition des bords alvéolaires, le nez et le menton se rapprochent. Tous ces désordres contribuent à donner à la face du vieillard un aspect désagréable et grimaçant.

J'en ai assez dit, Messieurs, pour vous montrer que si, de toutes les régions du corps, la face est la plus apparente et celle que nous tenons le plus à conserver intacte, elle est aussi celle qui est le plus fréquemment envahie et défigurée par les affections cutanées les plus diverses et souvent les plus graves.

---

de ces personnes, mais nous devons les considérer comme recommandant des pratiques, des habitudes contraires à la protection.

« L'homme ne saurait être doux pour les animaux s'il est dur pour lui-même. Celui qui considère comme étant naturel de s'imposer des privations, de se priver de douceurs qu'on pourrait se donner, ne sera pas compatissant pour les animaux. Il ne songera pas à leur faire épargner des peines, des fatigues dont les conséquences fâcheuses lui échappent; il ne tiendra pas à des satisfactions qui, à ses yeux, n'ont d'autre effet que de procurer un bien-être passager, qui n'est lui-même qu'un luxe superflu.

« Les actes de brutalité que nous combattons avec tant de persévérance, contre lesquels les sociétés protectrices dirigent tous leurs travaux, ne disparaîtront que lorsque le principe de la protection aura été admis dans les familles comme un des moyens d'accroître la richesse par ce bien-être des hommes et des animaux.

« A quoi aboutissons-nous par nos efforts incessants? à faire punir quelques actes isolés, mais ces actes que sont-ils en comparaison de ceux qui restent ignorés!

« C'est en voyant ce que sont les pères et les mères que les enfants se forment l'esprit. Ils contractent des habitudes d'indifférence qui ne sont pas éloignées de la dureté de caractère, quand ils voient que leurs parents n'ajoutent pas d'importance aux souffrances.

« Mais loin de contracter ces habitudes d'indifférence envers de pauvres animaux en détresse, il deviendraient sensibles, compatissants s'ils avaient appris que les souffrances sont non-seulement une source de peines morales, mais aussi une cause d'amaigrissement, de faiblesse et de perte pour les propriétaires! »

***

Votre mémoire sur *La Femme-médecin*, mon cher Richelot, qui, au mérite d'une forme très

# CONSTITUTION MÉDICALE

## JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881 (1),

Par M. Ernest BESNIER.

## APPENDICE

### Aperçu des principales maladies régnantes observées dans diverses villes de France pendant le troisième trimestre de 1881.

### TOULOUSE. — M. BONNEMAISON.

« La constitution météorologique du troisième trimestre n'offre rien d'anormal. En juillet et août, les chaleurs ont été violentes et d'autant plus pénibles que l'atmosphère était d'une extrême sécheresse; pendant le mois de septembre au contraire, la température s'est notablement abaissée, sans présenter ces brusques variations qui chez nous se montrent à cette période.

La constitution mèdicale n'a rien présenté d'extraordinaire : Franchement estivale durant les premiers mois, elle a été caractérisée par la fréquence des entérites, des diarrhées cholériformes, de dysenteries. Les petits enfants surtout ont payé, comme tous les ans à pareille époque, un lourd tribut à cette entérite *sidérante*, qui fait d'autant plus de victimes dans la classe pauvre que l'on s'inquiète moins de la diarrhée dite salutaire dans les crises de dentition et que par suite on ne réclame pas l'intervention médicale en temps opportun.

La dominante pathologique du trimestre a été la *fièvre typhoïde*. Sous ses formes diverses mais particulièrement sous la forme ataxo-adynamique avec diphthéroïde dans le pharynx, elle a causé la mort d'un grand nombre de malades; 11 décès en juillet, 17 en août et 24 en septembre, telle a été la progression obituaire.

C'est là d'ailleurs sa marche accoutumée, et sous notre climat comme à Paris, tous les ans nous voyons sa courbe monter en août, septembre et octobre, décliner en novembre et s'arrêter en hiver. Il est bon de remarquer, à propos de cette maladie, qu'il ne s'agit plus d'épidémie et d'endémie urbaines seulement, mais aussi d'épidémie et d'endémie rurales. On trouve maintenant la fièvre typhoïde partout, chez le riche aussi bien que chez le pauvre, dans les maisons et dans les quartiers riches où les conditions hygiéniques semblent bonnes aussi bien

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 27 novembre, 3 et 11 décembre.

---

littéraire, réunit tout ce que la raison et le bon sens peuvent opposer à une sentimentalité irréfléchie et à un engouement ridicule, votre mémoire, dis-je, n'a pas été réfuté que je sache, et de même j'ignore ce que nos professeurs peuvent demander à ces candidates aux examens et à la thèse. J'ignore si les examinateurs profitent de l'occasion des actes pour soulever la question que j'appellerai déontologique, et comment les candidates détruiraient les arguments que vous avez puisés dans les nombaeux *impedimenta* physiologiques, psychiques et pathologiques qui, si souvent, doivent interdire l'exercice de la médecine à la femme.

Mais je n'ai pas à revenir sur votre argumentation si complète et qui subsiste tout entière. Ce qu'il m'est permis seulement de vous faire remarquer, et cela sans doute à votre satisfaction, c'est qu'après eette sorte d'explosion d'enthousiasme dans une partie du public en faveur de la femme-médecin, on pouvait s'attendre à une nombreuse éclosion de praticiennes du beau sexe. Eh bien! il n'en a pas été ainsi. Les doctoresses sont encore rares et j'en prends pour témoin la *Gazette des femmes*, qui en donne le chiffre exact, dit-elle, ainsi que le nom et la résidence. Il n'y manque que l'âge. Voici ce document :

1° M^lle^ Henri Verneuil, médecin en chef de la maison de santé de Plessis-Lalande (Faculté de Paris, 1870);

2° M^lle^ Androline Domergue (Montpellier, 1875), exerçant dans le Midi;

3° M^me^ Madeleine Brès, née Gobelin, officier de l'instruction publique, médecin du théâtre des Nations (Paris, 1875);

4° M^me^ Ribard (Paris, 1876), exerçant à Nantes;

5° M^me^ Guénot (Paris, 1881), installée à Paris, rue Jean-Jacques Rousseau;

6° M^lle^ Clarisse Danel, établie à Montrouge;

7° M^me^ Perrée (Paris, 1881);

8° Et, dans quelques semaines, M^me^ Inès Gaches (Paris), ancienne artiste lyrique.

que dans les quartiers pauvres et dans les villages où toutes les conditions d'insalubrité semblent réunies.

On en vient à se demander quel est ce poison subtil, qui franchit si bien les distances et déjoue si complètement les obstacles que l'hygiène multiplie : microbe, microphyte ou microzyma peu lui importe, la prophylaxie et la thérapeutique, malgré tous leurs progrès, ne semblent guère l'arrêter, et nous voyons même aujourd'hui les adultes presque aussi souvent affectés que les adolescents. Et cependant, les antiseptiques de tout genre, l'isolement des malades sont partout recommandés et pratiqués; on multiplie les moyens d'attaque, on emploie le froid, la chaleur, les purgatifs, les émollients, les fébrifuges, les toniques, les excitants, etc., et, en fin de compte l'on est bien obligé d'avouer qu'on n'est guère plus avancé depuis les microbes et les antiseptiques qu'on ne l'était avant cette grande découverte.

Cela viendra sans doute; mais, en attendant, nous en sommes réduits à déplorer l'extension de cette peste qui a l'air de suivre les progrès de la civilisation, et de laquelle on dira plus tard qu'elle fut la maladie de notre siècle. »

AURILLAC. — M. RAMES.

« Notre été a offert une persistance de beau temps bien rare dans nos contrées. Du 21 juin au 31 août, nous trouvons une légère averse le 3 juillet, une légère pluie le 13 août, une pluie un peu plus abondante le 17 et le 18 du même mois; enfin, un orage suivi de pluie dans les journées des 27 et 28 août. Il faut arriver jusqu'au commencement de septembre pour qu'il y ait eu quelques journées vraiment pluvieuses du 1er au 12; le reste de ce même mois ayant été habituellement beau. Quelques courants d'air vif se sont produits malgré le beau temps, mais ont été peu accusés.

Le cadre pathologique paraît s'être ressenti de cette égalité du temps.

Notre contingent militaire, réduit à 200 hommes environ, comme nous l'avons dit, mais augmenté de 1,800 réservistes dans le courant de septembre, donne comme relevé pathologique, dans le courant de juillet, rien; dans le mois d'août, une fièvre typhoïde ataxique très grave, mortelle au 16 juin; 2 fièvres muqueuses légères; 3 broncho-pneumonies peu graves. Un réserviste atteint au plus haut degré d'emphysème pulmonaire avec complication cardiaque est venu s'éteindre dans le service. Les autres entrées étaient dues soit à des indispositions, soit à des suites de maladies acquises ailleurs.

La table des décès de la ville, et personnel des hôpitaux, civil, militaire, aliénés, tout y est compris, se présente dans des conditions analogues.

Les maladies aiguës suivies de mort y figurent, la fièvre typhoïde, dans le mois de juillet, pour 1 cas de mort; dans le mois d'août, pour 3; dans le mois de septembre, pour 1; le croup, pour 1 cas en juillet, 2 en août, rien en septembre. La pneumonie a fourni 2 cas en juillet, 5 en août, 3 en septembre.

---

Nous ne parlons pas des étrangères qui sont venues demander leurs diplômes auprès des Facultés de Paris et de Montpellier; elles sont relativement nombreuses. Quelques-unes, en exerçant, soit en France, soit dans leur patrie, ont conquis déjà une notoriété. Telles sont encore miss Barker et miss Anna Bahms, qui ont fait leurs études à Paris, sont directrices des deux plus grands hôpitaux de femmes de l'Angleterre; miss Garett, miss Mary Putnam, Mlles Goutcharoff, Zénaïde Ocounkoff, Annie Reag, etc., etc.

Nous nous attendions à mieux. Quoi! 8 doctoresses seulement pour toute la France! Influence sans doute indirecte, quoique muette, de votre si sage mémoire.

***

L'anecdote empruntée à Ambroise Paré, et que j'ai publiée dans ma dernière *Causerie*, a fait plaisir, ainsi qu'on prend toujours plaisir à relire quelques pages de Montaigne ou quelques scènes de Molière. Dans les notes qu'a bien voulu m'envoyer M. le docteur Desbrosses, au Creusot, et dont je le remercie, je trouve un passage très original du grand chirurgien de Laval sur le diagnostic de la grossesse. La femme grosse porte-t-elle un garçon ou une fille? Écoutons Ambroise Paré :

« *Les signes que la femme aura conceu un masle ou une femelle.* — Si elle est grosse d'un fils, la femme est plus dispose et gaillarde en toute sa grossesse, et a la couleur plus vermeille, l'œil gay, vif, et le teint plus net et plus clair que d'une fille. Parce que le fils estant plus chaud de son temperament, redouble la chaleur de la mère, la femme aura meilleur appétit, elle sent un enfant mouvoir dedans trois mois et demy, et d'une fille plus tard : son ventre est pointu, toutes ses parties droites sont plus habiles à tous mouvements; et, dit-on,

Le total des décès, un peu plus élevé que celui du trimestre précédent, 99 au lieu de 93, se décompose ainsi : 31 en juillet, 42 en août, 26 en septembre; 3 mort-nés y figurent. Comme donnée générale, nous comptons 33 individus ayant dépassé 60 ans.

Rangeant les affections sous les chefs adoptés précédemment, nous trouvons : maladies de l'appareil cérébro-spinal et vieillesse, 12 en juillet, 7 en août, 5 en septembre; de la circulation, 3 en juillet, 3 en août, 2 en septembre; de la respiration, 1 en août, 2 en septembre; digestif, 3 en juillet, 8 en août, 3 en septembre; — 3 finales de phthisie pulmonaire en août, 6 en septembre; — 4 cas de mort par cause traumatique.

En résumé, la fièvre typhoïde reste endémique; la diphthérite paraît vouloir reprendre ses allures de voyageuse, ce dont nous ne sommes pas fâchés. Quant aux maladies chroniques, on peut dire que, pour plusieurs d'entre elles, la continuité de la chaleur, en affaiblissant les malades, en les troublant dans leur nutrition, a paru accélérer leur fin ».

BORDEAUX. — M. ARNOZAN.

*Mortalité des principales affections régnantes.*

| | Juillet. | Août. | Septembre. |
|---|---|---|---|
| Variole | 38 | 56 | 62 |
| Rougeole | 5 | 4 | 2 |
| Scarlatine | 3 | » | 2 |
| Fièvre typhoïde | 13 | 7 | 11 |
| Croup et angine couenneuse | 17 | 19 | 15 |
| Coqueluche | 1 | 2 | » |
| Fièvre puerpérale | 8 | 10 | 4 |
| Dysenterie | » | 4 | 2 |
| Choléra | 4 | » | » |
| Bronchite | 1 | 2 | 6 |
| Catarrhe pulmonaire | 9 | 3 | 9 |
| Pneumonie et pleurésie | 16 | 19 | 24 |
| Apoplexie | 58 | 18 | 42 |
| Fièvre pernicieuse | » | 1 | » |
| Choléra infantile | 68 | 9 | 22 |
| Diarrhées | 74 | 62 | 12 |
| Phthisie pulmonaire | 71 | 80 | 82 |

« La mortalité, qui avait été en progressant notamment pendant les trois mois du deuxième trimestre de l'année 1881 (avril 378, mai 427, juin 466), a atteint en juillet le chiffre vraiment considérable de 615, puis elle a décru en août (553) et en septembre (494). Mais, mal-

---

que le premier pas qu'elle fait estant debout, est du pied droict : et estant assise quand elle se veut lever, met plustost la main droite sur le genoüil droit pour s'y appuyer. L'œil dextre est plus mobile, le tetin droit en grossit plustost, et le mouvement de l'enfant est plus au costé droit : le contraire est d'une fille. » (Livre XXIV, chapitre XII.)

Remarquons que l'illustre chirurgien ne se prononce pas, ne dit ni oui ni non, n'approuve ou ne rejette. Bien prudente réserve, qui lui était peut-être commandée par l'esprit du temps. Elle rappelle presque la réponse de ce mari qui, rencontrant un de ses amis, l'arrête et lui dit :

— Ma femme vient d'accoucher.
— D'un garçon ?
— Non.
— D'une fille ?
— Qui diable a pu vous faire deviner cela ?

D^r^ SIMPLICE.

---

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du samedi 24 décembre 1881, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, 3 (local de la Société de chirurgie).

*Ordre du jour :* 1° Rapport de M. Gillebert Dhercourt père sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Guiraud (de Nice). — 2° Rapport de M. Craux sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le docteur Mathelin. — 3° Lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, d'un mémoire intitulé : De la sensibilité cutanée dans les affections de l'appareil utéro-ovarien, par M. le docteur de Fourcauld. — 4° Communications diverses.

gré cette diminution, le total des décès du troisième trimestre reste supérieur à celui du second de 391. Le trimestre juillet-août-septembre est un des plus défavorables.

Les causes de cette mortalité doivent être en grande partie attribuées à la variole; 156 décès ainsi répartis : juillet 38, août 56, septembre 62. L'épidémie, qui s'annonçait depuis quelques mois est, on le voit, absolument constituée. Limitée d'abord à quelques quartiers pauvres, elle prend chaque jour de l'extension et sévit à la fois sur un grand nombre de points. Si le rapport du nombre des cas de variole à celui des décès est le même en ville qu'à l'hôpital, on peut compter plus d'un millier de varioleux pendant les trois mois qui viennent de s'écouler.

L'administration des hospices a pris l'excellente mesure d'isoler les varioleux dans un pavillon spécial de l'hospice général de Pellegrin. Les malades y sont en pleine campagne, confortablement installés et ne constituent plus pour la ville une accumulation dangereuse. Un des premiers résultats a été la cessation complète des cas intérieurs de variole à l'hôpital Saint-André. Mais il faut bien reconnaître que l'épidémie ne paraît pas pour cela enrayée dans sa marche. Elle le serait peut-être si les vaccinations organisées par les soins du Bureau de bienfaisance attiraient un peu le public. Malheureusement elles sont très peu populaires; et bien que la très grande majorité des varioles graves soit, comme c'est la règle, observée chez des sujets non vaccinés ou vaccinés depuis très longtemps, l'indifférence est générale à l'égard de ce moyen prophylactique.

La rougeole et la scarlatine sont en décroissance; mais la fièvre typhoïde compte 31 décès au lieu de 13 dans le trimestre précédent, et la diphthérie a enlevé 11 victimes de plus (51-40).

Le grand nombre des diarrhées et des choléra infantile observés en juillet a largement contribué au chiffre élevé des décès de ce mois. Le rhumatisme, les affections aiguës et chroniques des voies respiratoires ont prélevé leur tribut habituel sur la population. Enfin il faut remarquer le nombre considérable des morts par apoplexie : 118. Tout en tenant compte de la réserve avec laquelle il faut accepter les données de la statistique de l'état civil, en raison même des conditions où elle est faite, il n'en faut pas moins reconnaître que les hémorrhagies où les ramollissements cérébraux sont très fréquents dans notre ville. M. le professeur Laget appelait récemment sur ce point l'attention de la Société d'hygiène, et montrait que Bordeaux, dont la léthalité générale est loin d'être très élevée par comparaison avec celle d'autres villes, est au contraire des plus disgraciées au point de vue spécial de l'apoplexie. Quelles sont les causes de ce fait? A quel moment de l'année l'apoplexie a-t-elle sa plus grande fréquence? On ne saurait répondre encore à des questions qui viennent à peine d'être posées. »

(*La fin à un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 décembre 1881. — Présidence de M. Wurtz.

M. Félix Hément écrit, qu'à propos de la prononciation des sourds-muets, il n'accepte pas les explications de M. Graham Bell, et qu'il interprète, autrement que le savant américain, les faits que celui produit. Nous espérons que M. Félix Hément ne s'en tiendra pas à ces simples assertions.

M. Léopold Hugo écrit aussi, à ce sujet, qu'il a étudié la prononciation du nombre « cinq » dans toutes les langues. Nous ne voyons pas en quoi cette étude, d'ailleurs très intéressante, se rattache à la question, et nous estimons que M. le Secrétaire perpétuel a fait œuvre de courtoisie en renvoyant la lettre de M. Léopold Hugo à l'Académie des inscriptions.

M. Dumas revient sur la fonte cuivrée dont il a présenté des échantillons dans la dernière séance et il établit les titres de M. F. Weil à la priorité de l'invention. C'est en 1863 que son client a pris un brevet pour le cuivrage de la fonte, du fer et de l'acier, au moyen des bains électriques. Depuis, le brevet est tombé dant le domaine public.

Les produits fabriqués au Val-d'Osne n'ont paru que postérieurement à l'époque citée. Les procédés de fabrication diffèrent ou paraissent différer en ce sens que les bains de M. Weil sont alcalins, tandis que les bains du Val-d'Osne seraient acides. M. Dumas pense que si ces derniers restaient acides, l'adhérence entre le cuivre et le métal qu'il s'agit de recouvrir ne s'établirait pas.

M. Blanchard a couvert la plus grande partie du mur de la salle des séances, qui fait face au bureau, de cartes géographiques et de figures d'insectes démesurément grossies, afin de montrer que la Méditerranée est de formation récente.

Son thème est celui-ci ; sur un large périmètre, les rives de tous les pays, qui bordent la

Méditerranée, offrent une flore et une faune qui ont le même caractère général; de telle sorte que, si ces rives se touchaient, c'est-à-dire, s'il n'y avait pas de mer, l'observateur ne trouverait aucune différence dans les productions de la région soumise à ses investigations.

Ainsi, dit-il, M. Cosson, qui a exploré avec le plus grand soin la province de Constantine, au point de vue botanique, n'a relevé que 32 espèces sur 434, qui soient propres au littoral africain ; les 402 autres se retrouvent sur le bord européen. — Les oiseaux sont pareils, mais M. Blanchard reconnaît que l'argument n'a pas grande valeur, en raison des moyens de transport dont jouissent ces animaux; la plupart des mammifères sont communs aux rivages opposés. Le principal argument de M. Blanchard se tire des insectes pour lesquels la Méditerranée est un obstacle absolument infranchissable. Il montre successivement le Glaphyrus serratulæ, le Paussus favieri, aux antennes énormes, l'Amphicoma villata, dont le corps est couvert de poils, le Pimelia maura dont les élytres sont gris de fer, le Megacephala euphratica, etc. — Il invoque les résultats des dragages récents, accomplis à bord du « Travailleur » et exposés à l'Académie par M. Alphonse Milne-Edwards. Ces résultats prouvent que la Méditerranée ne contient, dans ses profondeurs, aucune espèce qui lui soit propre, et que toutes celles qu'on ramène avec les instruments explorateurs, sont venues de l'Océan atlantique. M. Blanchard conclut de ces faits que la mer Méditerranée s'est formée récemment, eu égard aux âges géologiques, par un affaissement occidental, au niveau de Gibraltar, affaissement par lequel les eaux de l'Océan ont fait irruption dans le bassin qui leur était ouvert.

M. Alph. Milne-Edwards se range à l'avis de son collègue. Il pense que la Méditerranée est une mer pliocène, datant probablement de la fin de l'époque tertiaire. Il s'est fait, à l'occident — sur de plus vastes proportions, — le même travail qui a été accompli à l'Orient par M. de Lesseps et déjà, l'on peut constater que certains poissons, plus hardis et plus énergiques que les autres, ont passé de l'Océan indien dans la Méditerranée, tels, par exemple, que les requins.

M. Daubrée demande si M. Blanchard suppose que toute la Méditerranée soit récente, et s'il ne suffirait pas d'admettre, pour expliquer l'analogie, l'identité, si l'on veut, des productions riveraines, qu'à une certaine époque il a existé des points de jonction, des espèces de ponts qui faisaient communiquer les deux continents? Ce qui le pousse à soumettre cette question à M. Blanchard, c'est qu'on trouve sur les côtes italiennes, comme sur les côtes africaines, des terrains stratifiés semblables, qui indiquent des dépôts très anciens par la mer et de la même époque.

M. Blanchard n'admet pas l'atténuation proposée par M. Daubrée; la conformité est trop grande entre les espèces des deux rives; elle est trop générale; elle est trop exempte de cantonnements, si l'on peut ainsi dire, pour que l'on puisse admettre qu'elle résulte seulement de communications partielles, surtout quand on sait, comme l'a dit M. Alph. Milne-Edwards, combien il faut peu de chose pour déterminer des cantonnements. Le moindre cours d'eau suffit, de nos jours encore, sur un même continent, pour que les espèces qui vivent sur une des rives, ne se retrouvent pas sur l'autre rive. Quant à l'argument fourni par la géologie, M. Blanchard croit que les géologues concluent trop vite de la similitude des formations à leur contemporanéité. Ces formations reconnaissent les mêmes causes, mais cela ne veut pas dire que ces causes ont agi dans le même temps.

M. Faye demande à son tour si, depuis six mille ans, pour le moins, que les voyageurs parcourent les bords de la Méditerranée, ils n'ont pas pu servir à la dissémination des espèces actuellement observées? Il est certain qu'avec les théories de M. Pasteur et les exigences qu'elles comportent, les opinions de M. Blanchard auraient de la peine à se tenir debout. La dissémination par les vents du pollen des végétaux et des germes des animaux inférieurs expliquerait facilement leur apparition des deux côtés de la mer. Le transport des insectes et d'autres animaux sur des débris de toutes sortes, poussés par des courants ou par le vent, sur les embarcations, par les oiseaux, etc., les causes sont infinies, pourrait également être invoqué. Mais cette considération ne trouble pas M. Blanchard, qui répond que de telles causes ne doivent être admises que dans des limites très étroites. Par exemple, on peut les adopter pour les animaux qui vivent de substances organiques desséchées, comme les rats et les blattes qu'on trouve partout.

Dans le précédent bulletin, j'ai mentionné la lecture faite par M. Davaine sur la rapidité de l'absorption du virus à la surface des plaies. Après avoir rappelé la rapidité foudroyante avec laquelle, dans les expériences de Renault et de M. Colin (d'Alfort), les virus de la morve, de la clavelée, etc., étaient absorbés, M. Davaine s'est demandé si cette rapidité ne tenait pas un mode opératoire. L'insertion du virus sous la peau, à l'aide d'une pointe acérée, ne détruit aucun vaisseau et laisse toute son énergie à la circulation. Mais, dans les plaies un peu étendues, les vaisseaux ont été divisés, arrachés ou contus ; la circulation est entravée et quelquefois supprimée, et l'absorption ne se fait pas, ou, du moins, ne se fait que lentement. Les expé-

riences que M. Davaine a instituées à ce sujet montrent que l'absorption n'est pas également rapide à la surface de toutes les plaies, et que la substance virulente reste parfois plusieurs heures sur la blessure où elle a été déposée sans pénétrer plus avant. Par conséquent, conclut le savant expérimentateur, toute plaie réputée virulente peut être cautérisée, avec quelques chanches de succès, plusieurs heures même après qu'elle a été faite.

M. le général Favé, au nom de M. Chasles fils, fait hommage à l'Académie d'un deuxième envoi comprenant les manuscrits scientifiques de feu Michel Chasles.

M. du Moncel, de la part de M. Pulvermacher montre de nouvelles piles électriques de poche de 70 éléments, à l'usage des médecins. Au moyen d'une disposition très simple, résultant de la place où l'on insère l'une des électrodes, il est facile de diminuer le nombre des éléments qui fournissent le courant, et, par conséquent, de régler l'intensité de l'action électrique.

M. Bouley, au nom de M. le docteur Fano, dépose sur le bureau un travail relatif à l'influence de l'atrophie choroïdienne sur l'acuité de la vision. — M. L.

## FORMULAIRE

LINIMENT CONTRE LE PRURIT VULVAIRE. — TAUSKY.

| | | |
|---|---|---|
| Baume du Pérou. . . . . . . . . . . . . | 4 | grammes. |
| Huile d'amandes douces. . . . . . . . . | 12 | — |
| Gomme arabique pulv. . . . . . . . . . | 8 | — |
| Hydrolat de roses . . . . . . . . . . . . | 30 | — |

On dissout la gomme dans l'hydrolat de roses, le baume du Pérou dans l'huile, et on mêle le tout en agitant. — A l'aide d'un pinceau trempé dans ce mélange, on badigeonne la région vulvaire, huit à dix fois par jour pour calmer les démangeaisons. — Grands bains, boissons raffraîchissantes. — N. G.

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine au 9 au 15 décembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,040. — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 9. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 60. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 10. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchites aiguës, 42. — Pneumonie, 74. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 45; au sein et mixte, 28; inconnu, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; circulatoire, 68; respiratoire, 65; digestif, 53; génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 6.

CONCLUSIONS DE LA 50e SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine 1,150 naissances, 447 mariages et 1,040 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient de 1,036 (46e); 1,022 (47e); 948 (48e); 1,039 (49e). Le chiffre de 1,040 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des 4 dernières semaines.

La comparaison avec la 49e semaine, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation au profit de la Fièvre typhoïde (29 décès au lieu de 33 pendant la 49e semaine); de la Rougeole (10 au lieu de 12); de la Scarlatine (1 au lieu de 4); de l'infection puerpérale (5 au lieu de 6);

Une aggravation pour la Diphthérie (60 au lieu de 53); la Variole (9 au lieu de 8); la Coqueluche (9 au lieu de 3).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux qui nous est adressée par l'Assistance publique, accuse un chiffre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (50 malades reçus du 11 au 15 décembre au lieu de 74 entrés pendant les 7 jours précédents); pour la Variole (26 au lieu de 30) et supérieur pour la Diphthérie (37 au lieu de 30).

Le nombre des victimes de cette dernière affection s'est encore accru cette semaine. Le chiffre, vraiment effrayant, de 60 décès par cette seule cause, qui est accusé par le présent bulletin, n'avait pas été atteint depuis le commencement de cette année.

Comme distribution locale, les quartiers les plus éprouvés par la Diphthérie sont ceux de

*Saint-Lambert*, de *la Chapelle*, de *Clignancourt*, qui comptent chacun 3 décès (le quartier *Clignancourt*, en avait déjà eu 3 la semaine dernière); les quartiers limitrophes du *Combat* et de *Belleville*, qui en ont chacun 3, enfin celui de la *Gare* où il en a été déclaré 5, dont 2 concernant des enfants de quelques mois, nourris au sein par la mère.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

## COURRIER

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé vendredi matin par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. MM. Moussous, Combarieu, Guilliet, Rousseau, Gaume, Dubreuilh, Bernard, Gay, Léon, Largeau, Denucé, Juranville, Nolat, Rieffel, Archambault, Monlonguet, Gioux, Cazals, Secrétan, Vignalon, Hillemand, Louis, Wilbian, Blanche, Boffin, Lacaille, Clado, Mauxion, Fournier, Mouls.

31. Levasseur, Blanchard, Lévy, Pozzi, Couzette, Guinion, Brunon, Wins, Léonardon-Lapervanche, Récamier, Chopard, Heulz, Couclet, Jonesco, Lepléchey, Tardif, Bonnet (Stéphane), Bezançon, Dubief, Pommé, Castri, Martin, Rebité, Quéhéry, Turquet, Barbet, Boucher, Dhautel, Potherat, Sadoc,

61. Jouliard, Schachmann, Souplet, Louques, Bouquet (Charles), Lefebvre, Rolland, Leroy, Vilpelle, Ballue, Petrescon, Leclercq, Roulland, Renard, Basset, Rivet, Dubourg, Lyot, Mavel, Legendre (Paul-Ernest), Broussolle, Peugnief, Villemin, Cahen, Hollenfeltz, Grouslé, Fourrier, Mortringhem, Dezille, Delainne.

91. Cohen, Armirail, Matienzo, Schrœder, Weill, Barrère, Régnier, Laroussinie, Gagnon, François, Pouillaude, Fauvel, Barthe, Chevalier, Pigelet, Bonnet (Jean-Baptiste), Hervé de Lavaur, Sciaky, Couillard, Vilcoq, Lapasset, de Malherbe, Gommier, Baron, Guerrier, Lecorney, Dupaquier, Massingue, Pardo de Tavera, Beluze.

121. Sombret, Châtelet, Wertheimer, Colin, Sabatier, Riondé, Haulecœur, Bonfils, Loudet, Boudet, Jondeau, Coursier, Conscience, Valette, Galtier-Boissière, Aubert, Bourgougnon, Gonzalvi, Luquet, Da Costa Leida, Maréchal, Boyer, Dubarry, Vrain, Caussade, Brochaud, Filhioud-Laverhne, Fernandez de Amontera, Despaigne, Müller.

151. Doit, Helme, Franck, Marty, Rovillier, Chavanne, Baudoin, Wateau, Baradot, Magnier, Andrieu, Schoofs, Caravias, Jollet, Sainte-Marie, Durup, Péraire, Debaris, Saint-Martin, Lavaur, Pissot, Bouquet (Henri), Espaignet, Barzélay, Geoffroy, Conil, Arragon, Branthomme, Deschamps.

181. Vrodot, Thévenot, Maritoux, Larroque, Baratier, Artzouny, Macry, Julien, Durand, Gallois, Gaudry, Colantry, Perchaux, Vignerot, Saric, Khokloff, Mouzon, Joffrion et Bouilant.

— On parle de la suppression des trois écoles de médecine navale instituées à Brest, Rochefort et Toulon. Les médecins de la marine se recruteraient alors parmi les docteurs en médecine, comme les médecins de l'armée de terre, et iraient faire un stage dans une des écoles d'application et de perfectionnement dont on projette la création

LE CHOLÉRA. — Une dépêche du Caire du 12 de ce mois nous annonce que le choléra vient d'éclater à El Wich (on écrit aussi El Ouech), campement de pèlerins égyptiens sur la mer Rouge, situé dans d'excellentes conditions d'isolement, à moitié route de Yambo à la presqu'île du Sinaï.

Nous apprenons aussi, par une correspondance de Constantinople du 6 décembre, que la côte africaine de la mer Rouge est fort suspecte.

Le conseil sanitaire international de Constantinople est en expectation pour prendre les nouvelles mesures que nécessiterait la rentrée des pèlerins qui subiront leur quarantaine à El Wich.

La Grèce vient aussi d'imposer une quarantaine de onze jours à toutes les provenances de la mer Rouge et une observation de cinq jours aux provenances des ports méditerranéens de l'Égypte.

Enfin une dépêche de Constantinople d'hier, 13 décembre, nous apprend que dans les dix jours, sur 4,240 pèlerins arrivés à El Wich, il y a eu 45 décès, dont 21 atteints de choléra et 12 de diarrhée cholériforme.

A la Mecque, en trois jours sur 19 cholériques il y a eu 7 morts; à Djeddah, le choléra a fait aussi 3 victimes dans la journée du 28 novembre.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

## NOTE SUR LE SIÈGE DES BACTÉRIES DANS LA LÈPRE ET SUR LES LÉSIONS DES ORGANES DANS CETTE MALADIE ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 28 octobre 1881,

Par V. Cornil, médecin de la Pitié.

Dans une précédente communication faite le 11 juin dernier à la Société médicale des hôpitaux (1), j'avais montré les bacteries parasitaires des tubercules lépreux sur plusieurs pièces et en particulier sur un tubercule recueilli sur le vivant à la léproserie de Grenade.

M. le docteur Benito Hernando, qui publie en ce moment un travail étendu sur cette maladie, a bien voulu m'envoyer des pièces provenant d'une autopsie faite au mois de septembre dernier. C'est le résultat de leur examen que j'ai l'honneur de communiquer aujourd'hui à la Société.

Les bactéries de la lèpre ont été découvertes par M. Hansen, et vues depuis par plusieurs médecins, entre lesquels il convient de citer M. Neisser, qui a publié un mémoire sur cette maladie dans le numéro des Archives de Virchow du 8 juin 1881.

MM. Hillairet et Gaucher ont cultivé la bactérie prise dans le sang, et M. Neisser a également donné la description des bactéries de culture qu'il a obtenues par divers procédés.

Les observations anatomiques de Hansen, de Neisser et les préparations que j'en ai faites moi-même, ont parfaitement établi la structure des tubercules lépreux de la peau et des muqueuses et l'abondance considérable des bactéries qui remplissent toutes les cellules de ces néo-formations.

Mais il restait encore bien des points à étudier : la forme des parasites, leurs divers états, leur siège, leurs rapports avec les éléments des tissus et des organes et les lésions organiques qui en sont la conséquence.

Aussi ai-je étudié avec beaucoup d'intérêt les pièces qui m'ont été récemment envoyées, et sur lesquelles on peut voir les bactéries, à des états assez différents, dans les divers organes. Ces derniers eux-mêmes sont très diversement modifiés et altérés.

J'ai examiné un tubercule cutané, un ganglion lymphatique, la cornée, une partie du larynx, un fragment du foie, du testicule et du nerf cubital.

Les bactéries des tubercules cutanés, telles qu'elles ont été décrites par Hansen et telles que je les avais vues dans mes premiers examens, sont très minces et petites. On les voyait à peine distinctement avec un grossissemet de 300 diamètres, et il fallait employer les procédés de teinture et les objectifs à immersion donnant de 5 à 800 diamètres, pour les étudier convenablement. Dans les tubercules cutanés, on les rencontre surtout dans les grosses cellules, décrites par Virchow dans la lèpre, et qui constituent à elles seules presque toute les néoformations lépreuses. Dans ces cellules, les bactéries sont disposées en faisceaux ou en broussaille et sont extrêmement nombreuses dans chaque cellule.

Telle est bien la constitution du tubercule lépreux de la peau et des muqueuses.

Mais dans d'autres organes parenchymateux plus mous que la peau, comme le foie, ou dans des glandes qui présentent à l'état normal des cavités ou des tubes, dans lesquels se trouve un liquide, dans le testicule, par exemple, les bactéries acquièrent une dimension beaucoup plus considérable. Cela résulte très vraisemblablement de ce qu'elles ne sont ni génées, ni comprimées, et qu'elles peuvent se développer tout à leur aise.

Elles sont libres dans les cavités des tubes testiculaires, de cinq à six fois plus larges que celles de la peau, et elles atteignent jusqu'à 10 et même 15 millièmes

(1) *Note sur le siège de la lèpre*, par MM. V. Cornil et Suchard, communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 juin 1881.

de millimètre de longueur. Leur épaisseur est alors de 1/2 à 1 millième de millimètre. On apprécie très nettement leur forme rectiligne ou un peu incurvée, et leur terminaison par une extrémité arrondie à leurs deux bouts. Elles présentent, dans leur intérieur, de petites vacuoles un peu plus réfringentes que le corps de l'élément tantôt moins bien colorés par les violets d'aniline, tantôt au contraire plus colorés. Quelquefois on voit, à chaque extrémité du bâtonnet, une spore ronde ou un peu ovoïde très fortement colorée en violet, tandis que le protoplasme du bâtonnet est coloré en violet pâle ou tout à fait transparent.

Dans les tissus fibreux, entre les lamelles et les fibres, soit dans la sclérotique et la cornée, soit entre les lames du névrilemme, soit dans le tissu cellulaire profond du derme et du chorion des muqueuses, les bactéries s'interposent entre ces fibres et lamelles. Elles se disposent alors en longs filaments, en chaînettes dont les articles, placés bout à bout, sont séparés par une cloison non colorée par le violet. Ces longs filaments composés, qu'on peut suivre sur les coupes dans une étendue de 40 à 120 millièmes de millimètre, ou même plus, sont tantôt plus ou moins rectilignes, tantôt infléchis en divers sens, recourbés sur eux-mêmes et ils offrent la même disposition générale que les grands filaments de la bactérie charbonneuse.

Enfin, dans le protoplasma des cellules, dans les détritus accumulés dans les tubes testiculaires, dans les vaisseaux sanguins, on trouve des spores libres, souvent disposées bout à bout ou accumulées en amas qui remplissent et distendent les vaisseaux capillaires.

Toute la série des formes que peut présenter le baccillus de la lèpre se retrouve dans les divers tissus et organes des lépreux, comme on les obtiendrait dans une culture artificielle. J'ajoute qu'on ne peut avoir une idée du grand nombre de bactéries qui infiltrent tous les tissus, qu'après les avoir examinés au microscope. C'est là l'intérêt que présente cette étude comparative des divers organes. Aussi demanderai-je à la Société la permission de lui exposer brièvement l'état de divers organes dans l'autopsie du lépreux dont on m'a envoyé récemment les pièces.

Ces fragments avaient été mis dans l'alcool pur et phéniqué aussitôt après l'ouverture du cadavre. Je les ai examinés, pour la plupart, sur des coupes colorées au violet de méthylaniline, suivant la méthode que j'ai indiquée dans ma précédente communication sur ce sujet et qui se rapproche beaucoup de celles de Koch et de Weigert (1).

(1) Ce violet de méthyaniline 5 B de la fabrique de M. Poirier, à Saint-Denis, est celui qui nous a donné les meilleurs résultats pour la coloration des bactéries. Mais il ne faudrait pas croire que le mode de coloration constitue un réactif d'une valeur absolue dans l'étude des bactéries. D'après mon observation, les bactéries se teignent comme tous les autres éléments des tissus, et ils perdent facilement leur coloration sous l'influence des réactifs qui dissolvent facilement la couleur violette. S'ils conservent leur couleur, alors que telle partie qui les avoisine l'a perdue, cela vient surtout de ce qu'ils n'ont pas été atteints aussi facilement que cette dernière par le réactif dissolvant. Ainsi, dans la décoloration des pièces préalablement teintées en violet, sous l'influence de l'alcool pur, lorsque les bactéries sont comprises dans une cellule, la cellule sera tout d'abord en grande partie décolorée, tandis que les bactéries resteront bien colorées, parce que l'alcool dissout d'abord la couleur qui imprègne le protoplasma de la cellule avant de s'attaquer aux organismes qui y sont inclus. Si on arrête l'action de l'alcool à ce moment, on aura une préparation très démonstrative. Mais si on laisse agir l'alcool, puis l'essence de girofle trop longtemps, les bactéries comprises dans les cellules se décolorent elles-mêmes et ne sont plus visibles.

Inversement, lorsque les bactéries sont libres au milieu d'une cavité, comme par exemple dans les tubes du testicule, ce sont elles qui, les premières, se décolorent lorsqu'on fait agir l'alcool sur une coupe préalablement colorée.

Dans le tissu fibreux, les bactéries situées dans les interstices étroits qui séparent les fibres sont très bien protégées contre les liquides dissolvants de la couleur. Aussi, les préparations du tissu fibreux infiltré de bactéries sont-elles très belles et se conservent-elles au mieux.

Comme nous n'avons, dans aucun mode de coloration, de réactif absolu des bactéridies, il convient de se montrer très difficile pour admettre que telle granulation est une spore plutôt qu'une granulation albumineuse où fibrineuse. Dans tous ces faits de maladies où les microbes jouent un rôle, la culture et l'inoculation aux animaux doivent venir en aide à l'observation purement anatomique.

*Tubercule cutané de l'oreille.* — La peau était extrêmement épaissie et infiltrée. Sur les sections prises en différents points et colorés, on voyait, tantôt un tissu composé uniquement de grosses cellules lépreuses remplies de petites bactéries, cellules séparées par des fibres de tissu conjonctif, tantôt un tissu fibreux où les vaisseaux étaient plus nombreux et les cellules lépreuses plus rares. Entre les faisceaux minces du tissu fibreux, il y avait des rangées de bactéries isolées, plus volumineuses que celles qui remplissaient les cellules et disposées entre les fibres de tissu conjonctif.

Les vaisseaux capillaires présentent souvent dans leur intérieur des amas de spores libres et accumulées de telle sorte que la lumière du vaisseau en est absolument remplie. Ces capillaires, observés sur des sections longitudinales ou transversales, paraissent dilatés. Ils contiennent très peu ou point du tout de globules rouges, là où les spores sont très nombreuses; mais ils offrent souvent des globules blancs qui contiennent eux-mêmes des grains colorés en bleu avec la même intensité que les spores libres. La paroi mince hyaline des vaisseaux capillaires est bien conservée.

La présence de très nombreuses spores, formant en quelque sorte des infarctus par leur agglomération dans certains capillaires est importante et a échappé jusqu'ici aux observateurs. Elle rend compte de la possibilité de la culture du sang extrait au niveau des tubercules cutanés.

Les vaisseaux sanguins plus volumineux, artères et veines présentent, le plus ordinairement, un épaississement notable de leurs parois, une sclérose. Parfois même, on constate une endartérite, un bourgeonnement de la tunique interne dans la lumière du vaisseau. Dans toute l'épaisseur des tuniques vasculaires, on trouve une quantité considérable de bâtonnets situés entre les lamelles vasculaires. Cette constatation est facile aussi bien sur les coupes transversales que longitudinales des vaisseaux. Lorsque leur section est oblique, on voit souvent de face une partie de la tunique interne taillée en biseau, et on peut s'assurer qu'il existe aussi des bactéries à la face interne de cette membrane.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Séance du 8 octobre 1881. — Présidence de M. Charrier.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : *Annales of Anatomy and surgery* (de Brooklyn), vol. IV, n° 3, septembre 1881. — *Considérations sur l'étiologie des luxations congénitales du fémur*, par le docteur Pravaz. — *Revue des travaux scientifiques*, septembre 1881. — *Essais pratiques du dernier forceps Tarnier*, par le docteur Wasseige (de Liège). — Règlement de l'École dentaire de Genève. — Deuxième circulaire annuelle de l'École et de l'hôpital dentaires libres de Paris. — *Assainissement de Paris :* Observations des ingénieurs du service municipal au sujet des projets de rapports présentés par MM. Girard et Brouardel.

Les journaux périodiques parus depuis le 13 août, savoir : le *Concours médical*, le *Journal des sages-femmes*, le *Siècle médical*, le *Progrès médical*.

*Les lois sanitaires en Serbie* (envoi du ministère de l'intérieur serbe). M. Perrin est désigné pour faire un rapport à la Société sur ce sujet.

M. le Secrétaire général présente à la Société le *Bulletin* de la Société de médecine de Paris, tome XV, 1880.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Mathelin qui demande un tour de lecture pour un mémoire intitulé : « Influence des courants continus dans un cas d'hydrocéphalie chronique », à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Une lettre de M. le docteur vicomte de Fourcauld qui sollicite un tour de lecture pour poser sa candidature au titre de membre titulaire, et envoi à l'appui les brochures suivantes :

De l'hérédité dans les diverses affections de l'appareil utéro-ovarien;

Considérations sur le traitement des ulcères diathésiques du col de l'utérus;

Études sur les troubles du système nerveux central consécutifs aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien;

Note sur cinq cas de pénis captivus;

Étude sur les pulvérisations intra-utérines.

M. le docteur Guiraud, médecin consultant à Nice, pose sa candidature au titre de membre correspondant et envoie à l'appui, avec l'exposé de ses titres scientifiques, deux brochures :

Du pemphigus chronique;

Notes statistiques et cliniques sur l'action thérapeutique du climat de Menton dans la phthisie.

Une commission, composée de MM. Polaillon, Rougon et Gillebert Dhercourt père est chargée d'examiner les titres du candidat.

M. le docteur Marius Bernard, médecin à Cannes, pose sa candidature au titre de membre correspondant, et adresse le relevé de ses titres et une note manuscrite sur un cas préhistorique d'hétérotopie dentaire.

Une commission, composée de MM. J. Besnier, Boucheron et Gillebert Dhercourt, est nommée pour faire un rapport sur cette candidature.

M. Thorens dépose en son nom sur le bureau un rapport lu à la Société de médecine publique sur lesmesures à prendre contre les attitudes scolaires vicieuses.

—

M. de Beauvais, secrétaire général, donne lecture du compte rendu des travaux et du mouvement de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1880 :

Chers collègues,

Je ne saurais choisir une occasion plus favorable que la réouverture de nos séances bimensuelles, après les vacances réglementaires, pour vous présenter en même temps le Bulletin de l'année 1880, qui vient de paraître, et le compte rendu des nombreux mémoires qu'il contient. Vous pourrez ainsi constater que ce volume est digne de ses aînés.

La pathologie interne et la pathologie externe ont, comme toujours, fourni leur contingent habituel à ce riche faisceau de vos travaux incessamment renouvelés.

*Pathologie interne.* — La persistance, depuis plusieurs années, de deux maladies aussi contagieuses que meurtrières, la diphthérie et la scarlatine, ont fourni à notre collègue Blondeau l'occasion de communiquer à la Société des observations d'un grand intérêt clinique.

*A propos de l'épidémie de diphthérie,* il vous a fait la relation de deux cas d'angine observés chez deux enfants de la même famille. Le second enfant atteint présenta une angine diphthéritique, avec des caractères de la plus grande malignité, alors que celui qui fut le premier malade avait eu une angine couenneuse. Les circonstances dans lesquelles le mal de gorge paraissait être survenu chez celui-ci, à la suite d'un refroidissement, les caractères nosologiques, avaient fait porter, par notre collègue, le diagnostic d'angine *à frigore,* d'herpès du pharynx. La maladie céda sans qu'il fût besoin d'intervenir autrement que par des soins hygiéniques. Toutefois, les allures différèrent de ce qu'elles sont habituellement dans l'angine couenneuse commune, surtout quant à la durée. M. Blondeau se demande, en penchant pour l'affirmative, si cette angine couenneuse n'avait pas été, elle aussi, une angine diphthéritique. Le doute n'est pas permis. Dans la diphthérie, on est aujourd'hui édifié sur la valeur de certaines manifestations, comme l'a prouvé récemment le remarquable mémoire publié par M. le docteur Boissarie : « Diphthérie sans angine. — Épidémie de paralysies diphthéritiques. » (*Gazette hebdomadaire,* 1881, n°s 20 et 21, p. 310, 327.)

*Sur un cas de scarlatine fruste,* M. Blondeau vous a présenté des considérations très intéressantes. Une fillette de 2 ans 1/2 est prise d'une scarlatine bénigne, légère, mais franchement caractérisée. L'affection parcourt rapidement ses phases sans aucune espèce d'incident. La convalescence est des plus rapides. Quelques jours après, le frère, beau garçon de 7 ans, se plaint de courbature générale, de mal de tête, d'un peu de douleur de reins. Il n'existe ni mal de gorge, ni rougeur de ce côté, ni d'éruption caractéristique sur la peau.

Le surlendemain, le petit malade paraissait tout à fait rétabli, lorsque, ce même jour, il se plaignit de douleur de l'articulation du coude. Cette région n'offre point de rougeur et de tuméfaction. Les urines deviennent sanglantes. Quarante-huit heures plus tard, tout était rentré dans l'ordre le plus parfait. Les urines avaient repris leur limpidité normale et ne contenaient pas d'albumine. La douleur du coude avait disparu. La guérison était complète. Il s'agissait d'une scarlatine *fruste* qui, en dehors de ses phénomènes prodromiques, s'était manifestée par l'*hématurie.*

*Rage.* — J'ai eu l'honneur de vous présenter, dans la séance du 10 juillet 1880, un rapport sur deux mémoires de M. le docteur Duboué (de Pau), candidat au titre de membre correspondant. Le premier, *De la physiologie pathologique et du traitement rationnel de la rage.* Je vous ai signalé avec une profonde conviction l'importance et l'originalité de ce travail. Dans la discussion qui en a été la conséquence, vous m'avez reproché d'être plutôt un panégyriste qu'un critique. Je m'en applaudis aujourd'hui. L'éloge était mérité. Ce mémoire peut se résumer en une conclusion principale, comprenant dans son ensemble la question de physiologie pathologique, et dont voici la formule : « L'agent producteur de la rage ne s'ab- « sorbe pas. Il se propage insensiblement le long des fibres nerveuses qui ont été atteintes « par le liquide virulent. » Les conclusions secondaires ne sont que le développement de cette proposition principale. Je vais en citer quelques-unes :

1° La propagation du virus rabique se fait à travers la substance des filaments axiles et des cellules nerveuses correspondantes.

2° Les fibres nerveuses sensitives sont très probablement les seules affectées, à l'exclusion des fibres motrices.

3° L'agent morbide progresse *lentement*, dans une *direction centripète*, du siège de la morsure au bulbe rachidien, et très *rapidement*, dans une *direction centrifuge*, de ce dernier organe aux nerfs sensitifs qui en partent.

4° La *période d'incubation* est, en général, d'autant plus *courte*, que la *distance* du lieu de la *morsure* (j'allais dire du lieu de l'incubation) au bulbe est elle-même plus faible.

10° Une fois en contact avec les cellules nerveuses du bulbe rachidien et de la protubérance, le virus rabique se porte rapidement dans toutes les directions, suivant le trajet des fibres émanant de ces centres nerveux. En un mot, c'est la *théorie nerveuse* substituée à la *théorie sanguine.*

Certes, Messieurs, la satisfaction de notre collègue a dû être grande et légitime, quand il a eu connaissance de la communication faite par le savant M. Pasteur à l'Académie de médecine, dans la séance du 31 mai 1881. Cette communication a trop de rapport avec les propositions de M. Duboué pour ne pas la citer. M. Pasteur est arrivé à diminuer considérablement la durée d'incubation de la rage et à la faire naître à coup sûr. Il arrive à ce double résultat par l'inoculation directe à la surface du cerveau. Il a recours à la trépanation, et il se sert, comme matière inoculante, des parties du cerveau et du bulbe rachidien d'un chien enragé. La substance est prélevée et inoculée à l'état de pureté. Aucune des inoculations ainsi faites n'a échoué. Notez ce fait considérable, autant de trépanations et d'inoculations sur le cerveau, autant de cas de rage confirmée et rapidement développée. (C'est la progression rapide dans la direction centrifuge de M. Duboué.) La rage a été tantôt la rage mue, tantôt la rage furieuse, c'est-à-dire la rage sous ses deux formes habituelles. Le siège du virus rabique n'est donc pas la salive seule. Le cerveau le contient, et on l'y trouve revêtu d'une virulence au moins égale à celle qu'il possède dans la salive des animaux enragés. (UNION MÉDICALE, page 926.)

*Fièvre typhoïde.* — Le second mémoire de M. le docteur Duboué a pour titre : *De la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde, et des indications qui en dérivent.* Le poison générateur de la fièvre typhoïde, pour M. Duboué, appartiendrait à la série des agents physiologiques qu'on peut appeler agents débilitants musculaires, ou *myo-paralytiques.* L'indication thérapeutique est toute tracée. Il faut chercher dans la matière médicale un agent qui donne de la contractilité au système musculaire, un agent *toni-musculaire* ou *excito-musculaire.*

L'auteur passe en revue divers médicaments, tels que la digitale, l'aconit, la créosote, le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'électricité, les lotions froides. Discutant leur valeur, il arrive à préconiser l'ergot de seigle, à la dose de 2 grammes, en quatre, six ou huit prises égales dans les vingt-quatre heures pour un adulte, et de 0,50 centigr. à 1 gramme chez les enfants de 6 à 12 ans. Plusieurs praticiens distingués, entre autres MM. Siredey et Niederkorn, ont constaté, à ma connaissance, les bons effets de cette nouvelle et curieuse médication.

*Syphilis.* — C'est encore à M. Blondeau que nous devons une observation intéressante de *syphilis larvée.* Vous connaissez la forme originale que notre collègue sait donner à ses diverses communications. L'épithète imagée et pittoresque ne lui fait point défaut, lorsqu'il la croit utile à mieux caractériser la maladie qu'il décrit : Voilà un jeune homme qui présente à la région syncipitale une tumeur offrant tous les caractères d'une gomme, ostéo-périostite suppurée. On ne trouve pas la porte d'entrée de la vérole, et il n'y a pas trace ni indice d'aucun accident syphilitique. La tumeur incisée guérit. A quelques semaines de là, la même région

redevient le siège du même accident, sans qu'aucune cause occasionnelle justifiât cette récidive.

Le traitement spécifique, liqueur de van Swieten et iodure de potassium, est institué. L'accident cède rapidement et le traitement est continué. Le malade avait des accès de fièvre intermittente, type quotidien, qu'il faisait remonter à moins de deux ans. Il avait séjourné en Égypte, à Alexandrie, et les accès avaient été rebelles à tous les médicaments employés. Les accès, jusqu'alors si tenaces, ne pouvaient être imputés à une influence maremmatique. Ils n'étaient accompagnés d'aucun symptôme de cachexie palustre. La rate et le foie, qui, dans la supposition de fièvres intermittentes, devaient appeler l'attention, paraissaient absolument de dimension et de consistance normales. Ces accès de fièvre cèdent au traitement spécifique. Telle est, en résumé, l'observation de *syphilis larvée* de M. Blondeau.

Dans la discussion, à laquelle ont pris part MM. Dubuc, Duroziez, Forget et Lolliot, notre collègue M. Rougon a protesté contre cette expression de *syphilis larvée,* ne voyant dans cette fièvre qu'une manifestation appartenant à la période secondaire.

La *fièvre syphilitique* se présente, en effet, avec le type intermittent, le plus souvent quotidien et vespérin, comme expression directe, immédiate de la diathèse, sans être liée, subordonnée à aucun accident syphilitique contemporain. Cette question a été déjà magistralement traitée par M. le professeur A. Fournier. M. Rougon ajoutait que si l'on peut, en présence de certaines migraines, de certaines névralgies, les dénommer goutte larvée, fièvre intermittente larvée, c'est que la migraine et les névralgies ne sont pas des symptômes ordinaires des manifestations légitimes de la goutte, de la fièvre intermittente. De son côté, M. Blondeau adoptait les mêmes raisons pour maintenir l'expression de *syphilis larvée.* Quoique paraissant porter sur de simples dénominations, la discussion comprenait, vous le voyez, un point de pathogénie et de pathologie intéressant.

M. Christian vous a lu un mémoire ayant pour titre : *Des Rapports entre la syphilis et la paralysie générale des aliénés.* La syphilis tertiaire, lorsqu'elle attaque l'encéphale, se manifeste sous les formes les plus diverses, ce qui s'explique et par le siège variable de la lésion et par la nature différente des tissus et des organes atteints. L'encéphalopathie syphilitique se compose donc de symptômes complexes, et ces symptômes se groupent diversement. Il s'agit de savoir si, parmi les formes symptomatiques que peut revêtir l'encéphalopathie syphilitique, il faut ranger la maladie bien connue, bien délimitée, que nous appelons paralysie générale des aliénés. Voilà la question qu'étudie M. Christian. De ce que, chez un malade, on observe la syphilis, puis la paralysie générale, s'en suit-il que la deuxième affection soit la conséquence de la première? Il peut y avoir simple coïncidence. Parce qu'il est syphilitique, un individu n'est pas à l'abri des autres maladies, et toute maladie, qui survient chez lui, n'est pas nécessairement due au virus spécifique. Il faudrait prouver la filiation des deux affections, montrer que l'une *dérive* bien de l'autre, et que la paralysie est bien un incident dans l'évolution de la syphilis. Tandis qu'il est très difficile de donner cette preuve, de nombreuses raisons militent, au contraire, en faveur de la complète indépendance des deux maladies. En effet, l'anatomie pathologique nous révèle que la syphilis cérébrale ne se propage jamais à toute la surface des méninges. La méningite syphilitique a pour caractère d'être *partielle,* c'est-à-dire circonscrite à une étendue plus ou moins limitée du cerveau à une région. Dans la paralysie générale, que la maladie ait duré des mois et des années, c'est toujours la méningite généralisée que l'on constate. Ici, la lésion ne dépasse presque jamais les limites des méninges, alors que la lésion syphilitique, au contraire, s'étend de tous les côtés, envahit la dure-mère, les os du crâne, la substance cérébrale elle-même. Que nous apprend le traitement, véritable pierre de touche de la syphilis ? Les lésions les plus graves, les plus étendues, cèdent à une médication bien conduite. Lorsqu'il y a paralysie générale, le traitement est impuissant. Les observations du docteur Christian démontrant que, chaque fois que chez un paralytique général, il a existé des signes évidents de syphilis, chaque fois, par conséquent, qu'il a été permis de supposer que la paralysie elle-même était de nature syphilitique, le traitement spécifique, si bien conduit qu'il ait été, n'a produit qu'un seul résultat : guérir la syphilis. Le traitement a été tout à fait impuissant contre la paralysie elle-même, laquelle n'a été influencée ni dans sa marche, ni dans sa durée. Conclusion : la syphilis n'est pour rien dans la paralysie générale.

Notre collègue, M. Delasiauve, dans la discussion qui a suivi, a appuyé de sa longue expérience, la distinction établie par M. Christian. Il a insisté pour qu'on ne confondît pas la vraie paralysie générale idiopathique, avec les autres formes, attribuées à l'alcoolisme, à l'intoxication saturnine, à la syphilis, et autres encore.

C'est le moment de rappeler une autre communication importante de M. Delasiauve « sur un cas de guérison du délire des persécutions », fait important au point de vue médico-légal.

M. Abadie nous a présenté, à propos de maladie de Basadow, des *Considérations particulières sur certaines formes du goître exophthalmique.* Ce mémoire attire l'attention sur une *forme fruste* du goître exophthalmique, observée par l'auteur. Déjà Trousseau et d'autres observateurs avaient signalé des cas, dans lesquels un et même deux des signes cliniques, qui font habituellement partie de la triade symptomatique classique, peuvent faire défaut. Ces signes peuvent être même si peu accusés, qu'il faut une recherche attentive pour les découvrir. Dans le cas cité par M. Abadie, on pouvait croire, tout d'abord, à une exophthalmie unilatérale, due au refoulement du globe oculaire en avant, par un néoplasme siégeant en arrière, dans l'orbite. M. Abadie pensa, cependant, tout de suite à un goître exophthalmique au début, parce qu'il y avait en même temps un *spasme* du *releveur* de la paupière *supérieure.*

Ce spasme du releveur, quand il existe, a une haute valeur clinique. Il appartient *exclusivement* au goître exophthalmique. Les formes, dites frustes de cette maladie, peuvent, suivant notre collègue, trouver une explication rationnelle dans la localisation du processus morbide, à telle ou telle partie du cordon sympathique cervical. Bien que l'anatomie et la physiologie pathologiques de cette singulière affection restent encore environnées d'une certaine obscurité, il semble pourtant probable que ce tronc nerveux et ses divers ganglions sont directement ou indirectement intéressés. Or, ne semble-t-il pas logique, dit M. Abadie, d'admettre que, si, par exemple, le processus morbide débute d'abord ou se concentre dans le ganglion cervical supérieur, les troubles de vascularisation, qui en seront la conséquence, se feront sentir, principalement, dans les régions où vont s'épanouir les rameaux et les filets terminaux émanés de ce ganglion supérieur. Il est donc probable — hypothèse qui a besoin absolument, pour être acceptée, de l'appui de l'anatomie pathologique — il est probable, que lorsque le ganglion cervical supérieur est envahi, c'est du côté de l'œil et de la tête que les troubles vasculaires seront aussi les plus marqués.

Est-ce le ganglion moyen? Ce sont les vaisseaux du corps thyroïde qui se dilateraient, et l'hypertrophie de cet organe en serait la conséquence. Les troubles cardiaques dominent-ils? Ce serait principalement le ganglion cervical inférieur, et peut-être les ganglions thoraciques qui seraient pris.

Cette manière d'envisager ces formes frustes, d'après le siège probable des lésions, serait peut-être plus scientifique que de considérer ces types particuliers comme des anomalies du type primitif,

*Appareil circulatoire.* — M. Duroziez, ce clinicien chercheur et infatigable, a soumis à votre appréciation *Vingt observations de lésions chroniques du cœur d'origine traumatique.* Sous ce titre, il s'est occupé des lésions produites par des chutes de lieux élevés, par des coups violents directs, instruments contondants et autres, lésions non suivies de mort immédiate. La contusion ne peut-elle pas développer de l'artérite, de la péricardite, de la myocardite? On observe une maladie du cœur, ne peut-elle pas être rapportée à un coup datant de plusieurs années? Voilà les termes dans lesquels M. Duroziez pose la question, et il ajoute modestement : « Nous n'apportons rien de nouveau, si ce n'est peut-être l'idée et la preuve d'une fréquence plus grande qu'on ne l'admet généralement pour les lésions de cette sorte. » Des faits de ce mémoire, il résulte que les lésions chroniques du cœur et de l'aorte, d'origine traumatique contondante, coups, chute, compression, ne sont pas rares. L'origine traumatique doit être examinée dans l'étiologie des maladies du cœur. L'orifice aortique est le plus souvent atteint. Les valvules saines peuvent être déchirées par la pression soit extérieure, soit intérieure.

A M. Duroziez appartient encore un mémoire *Sur les signes de l'adhérence du péricarde.* Notre collègue insiste sur ce point que l'inspection de la région précordiale doit précéder la palpation, et qu'il est nécessaire de séparer absolument les sensations du toucher et de la vue. Au niveau de la pointe du cœur ou au-dessus, pendant la systole, on voit une dépression, et on sent au doigt un battement en avant. Pendant la diastole, on voit un mouvement en avant et on ne sent rien au doigt. Il y a donc désaccord entre les sensations de l'œil et du doigt. Tel est le fait bien clair et bien net que l'on perçoit dans l'adhérence du péricarde. Tandis qu'au premier temps, on *voit* un retrait, on *sent* la propulsion du cœur; là où l'*œil* perçoit un effacement, un mouvement de retrait, le *doigt* sent un choc, une propulsion.

Ce mouvement de retrait de la pointe et de la surface précordiale pendant la systole, quoique étant un très bon signe, n'est pas cependant un signe pathognomique. Dans des cas rares, il existe sans adhérences du péricarde. M. Duroziez a noté, comme autres signes de l'adhérence, un mouvement continue de la surface précordiale, le tremblement de la pointe au second temps, le bruit d'éponge que l'on presse.

Notre collègue est expert à saisir les secrets des cœurs malades; un autre mémoire s'inscrit à son actif toujours si riche : *Du bruit de roulement au deuxième temps, comme signe du rétrécissement mitral.* Ceci est pour les délicats, pour ceux qui attachent de l'intérêt

à un diagnostic précis des lésions des valvules; pour ceux qui pensent qu'il n'est pas indifférent de reconnaître un rétrécissement mitral, venant s'ajouter aux autres lésions valvulaires. Il faut, en effet, accepter cette vérité clinique, que les lésions simples sont exceptionnelles, et que la règle générale est la pluralité des lésions. La maladie du cœur rhumatismale classique, de tous les jours, comprend les lésions de toutes les valvules, seulement à des degrés différents. Et M. Duroziez le prouve par une série d'observations suivies de nécropsie.

En fermant ce paragraphe de pathologie interne et de médecine, je dois signaler d'une manière spéciale le consciencieux et remarquable rapport de M. J. Cyr *Sur l'histoire médicale de la guerre de sécession des États-Unis,* rapport qu'il nous est impossible d'analyser ici, en raison de la multiplicité des sujets qu'il embrasse.

*Pathologie externe.* — M. Thevenot, dans une observation détaillée, vous a parlé d'*accidents insolites causés par un corps étranger du pharynx.* Lorsque ces corps étrangers s'implantent assez profondément pour disparaître sous la muqueuse, ils donnent lieu à une inflammation phlegmoneuse. L'abcès qui en résulte s'ouvre, en les expulsant, soit dans la cavité pharyngienne, soit au dehors, dans la région latérale du cou. D'ordinaire, le processus inflammatoire se termine dans un temps assez court. Bien différente d'allure est la série des phénomènes dans le fait que rapporte M. Thevenot. Le corps étranger, une arête de poisson, donna lieu à une inflammation chronique, d'où résulta la formation d'une vaste poche en communication avec le pharynx. Dans cette poche pénétraient, à chaque mouvement de déglutition, quelques gouttes de liquides alimentaires. Malgré cette cause incessante d'irritation dans une cavité formée de toutes pièces dans le tissu cellulaire, la réaction inflammatoire était si faible que la tumeur n'augmentait pas sensiblement depuis un an environ. Seize mois après l'accident, elle n'offrait ni œdème, ni rougeur, ni aucune tendance à s'ouvrir au dehors. Les liquides alimentaires et l'air, en pénétrant dans la poche, altéraient le contenu, qui présentait une odeur nauséabonde, des agglomérats d'éléments figurés en voie de régression. Les liquides n'avaient aucune tendance à augmenter le volume même de la tumeur, en raison du mécanisme suivant : la poche vidait son trop-plein dans le pharynx par le trajet fistuleux. Le malade se rappelait, en effet, avoir de temps à autre la sensation d'un flot de liquide fétide lui remplissant la bouche.

M. Polaillon vous a communiqué *deux observations de hernie ombilicale étranglée suivie de kélotomie et de guérison.* Ces deux faits, qui s'ajoutent à quelques autres, prouvent que l'on peut opérer la hernie ombilicale étranglée, de petit ou de moyen volume, avec les mêmes chances de succès que les hernies étranglées dans les autres parties de l'abdomen. La mortalité excessive de la kélotomie ombilicale, mortalité qui a fait proscrire cette opération par un grand nombre de chirurgiens, a été observée, en effet, à une époque où l'on opérait sans recourir aux procédés antiseptiques.

Ouvrir la cavité abdominale, au niveau de l'ombilic, sans avoir des moyens sûrs de préserver le péritoine d'une inflammation suppurative, était une entreprise téméraire. L'immense danger de la kélotomie ombilicale réside dans la péritonite consécutive. Or, la méthode antiseptique listérienne, offrant les moyens d'éviter la suppuration de la plaie, et d'obtenir une réunion par première intention, tout danger s'évanouit, ou du moins s'atténue dans des proportions très considérables.

M. Polaillon insiste sur la ligne de conduite à suivre : toilette soigneuse de la région opérée avec la solution phéniquée; ligature du paquet épiploïque au ras de l'anneau avec un fil de catgut; excision de l'épiploon; suture profonde pour fermer l'anneau; suture superficielle pour rapprocher les lèvres de l'incision; pansement de Lister. M. Polaillon fait remarquer qu'une portion de la peau amincie, qui recouvrait la hernie, s'est sphacélée, consécutivement à ses deux opérations. Mais cette mortification n'a pas eu d'importance, parce qne la réunion immédiate s'était faite dans la profondeur, et que, par suite, le péritoine se trouvait à l'abri de l'introduction de matières septiques.

M. Gillette a cité, à ce propos, une observation de hernie ombilicale dans laquelle la masse épiploïque s'est gangrénée. Ce qui constitue, à ses yeux, la plus grande gravité de la hernie ombilicale sur les hernies inguinales et crurales, c'est la position même de la hernie, par rapport à la cavité abdominale; les liquides putrides se portant plus facilement de ce côté.

M. Thevenot a rapporté un fait dans lequel il n'a point excisé l'épiploon, mais a pratiqué le rapprochement de la plaie. La malade a guéri sans accidents. La masse épiploïque est considérée par notre collègue, comme pouvant constituer un vrai bouchon par la cicatrisation.

Enfin M. Bouloumié a rapporté un cas dans lequel il a eu recours avec succès à la ponction capillaire aspiratrice.

En résumé, Messieurs, il résulte de tous ces faits qu'une indication des plus importantes à remplir est la réunion immédiate. Avec la méthode de Lister, il est facile de bien laver, de

bien nettoyer profondément, de faire en un mot une toilette complète. Ce qu'il faut éviter surtout c'est l'accumulation de liquides provenant de la hernie; une incision plus large permet d'atteindre ce but. L'épiploon se gangrène facilement; son excision complète après ligature est le meilleur moyen d'éviter cette gangrène.

M. Polaillon vous a cité *un cas de fracture simultanée des deux rotules.* Cette fracture s'était produite au moment de la violente contraction musculaire des extenseurs. Il n'existe pas beaucoup d'exemples de fracture simultanée des deux rotules sans traumatisme direct, et, dans ces cas, l'influence rhumatismale doit entrer en ligne de compte dans la cause de l'accident. Malgaigne, fait observer M. Polaillon, cite un état maladif subinflammatoire des genoux diminuant la solidité du tissu osseux. Dans le cas actuel quelques douleurs existaient, il est vrai, mais rien n'était apparent.

*Le cancer du sein,* relativement rare chez l'homme, a fourni à M. le docteur Thorens le sujet d'une étude très intéressante, au point de vue historique, clinique et anatomo-pathologique. Dans le cas dû à M. Thorens, il s'agissait d'un épithélioma tubulé de la glande mammaire, ayant envahi toute la glande, jusqu'aux conduits galactophores profonds. Le succès de l'opération a été assuré par l'emploi de la méthode de Lister. M. Thorens se promet de suivre le malade et de communiquer à la Société les résultats définitifs de cette opération.

J'ai eu l'occasion de vous communiquer une observation d'*Hydro-sarcome du testicule, suivie d'opération et de guérison.* C'est surtout au point de vue des avantages de la méthode et du pansement de Lister que je vous ai fait cette communication. L'opération a été pratiquée par M. le docteur Périer, chirurgien des hôpitaux, le 8 juillet, et, le 24, le malade était guéri localement; l'examen microscopique a confirmé le diagnostic de carcinome; des renseignements ultérieurs m'ont appris qu'une manifestation cancéreuse s'était produite, six mois après l'opération, du côté du foie.

Enfin, M. Gillette a soumis à l'examen de la Société un homme victime d'un traumatisme fort sérieux de la tête et de la face. Notre collègue a pratiqué, consécutivement, une autoplastie de la joue et de la lèvre inférieure gauche, avec résultat satisfaisant.

*Appareil génito-urinaire.* — Sous ce titre : *Polypes et excroissances génito-urinaires chez la femme,* M. Bouloumié vous a lu une véritable monographie des polypes de l'urèthre. Après l'historique du sujet, M. Bouloumié étudie l'histologie de ces produits hypertrophiques, leur classification d'après leur structure anatomique, leurs caractères cliniques, puis les divers modes de traitement employés.

Notre collègue M. Forget, qui s'était déjà occupé de cette question, a fait valoir des considérations intéressantes, à propos des faits observés par M. Bouloumié.

M. Forget pense que les états morbides, décrits et observés par M. Bouloumié, ne doivent pas être considérés comme de vrais polypes, mais bien comme des excroissances produites par l'hypertrophie de la membrane muqueuse. Ces excroissances seraient consécutives à une phlegmasie subaiguë de cette membrane.

Pour M. Forget, et d'après ses recherches cliniques et anatomo-pathologiques, trois états très distincts peuvent se montrer sur la muqueuse uréthrale :

1° L'hyperplasie papillaire, très fréquemment observée, et qui donne lieu à des végétations granulées. Il est rare que ces végétations ne soient pas réunies plusieurs ensemble, alors que le polype vrai est ordinairement solitaire.

2° Une seconde variété de néoplasie ou fibrome, qui est attenante à la muqueuse par une portion rétrécie ou pédicule, c'est le polype vrai.

3° Enfin, l'hypertrophie simple de la muqueuse, dont le tissu peut affecter, par l'état chronique, un relâchement tel, qu'il constitue pour la muqueuse un véritable prolapsus, quelquefois pris pour un polype.

De son côté, M. Reliquet a insisté sur ce fait que, toutes les fois que l'urèthre de la femme est contracturé, en état de spasme, la muqueuse fortement congestionnée présente des saillies d'un violet plus ou moins foncé. Cette congestion excessive et persistante de la muqueuse provoque une irritation de sa surface et, par suite, des fongosités.

Comme M. Forget, M. Reliquet admet qu'il y a des distinctions essentielles à faire entre ces différentes affections appelées polypes :

1° Les véritables polypes se développent dans la continuité de l'urèthre. Leur origine est un élément glandulaire ;

2° Les polypes d'origine papillaire, situés immédiatement en arrière du méat;

3° Les fongosités saillantes et plus ou moins développées de la muqueuse uréthrale, fongosités dues primitivement au spasme persistant de l'urèthre.

M. Thevenot vous a lu un travail intéressant sur la rétroflexion, rare d'ailleurs, de l'utérus

chez la femme récemment accouchée. Ce mémoire ne figure pas dans nos Bulletins, parce qu'il a été publié, dès l'origine, dans les *Annales de gynécologie.*

*Appareil de la vision. — Ophthalmologie.* — M. Abadie vous a communiqué une intéressante étude sur la *Kératite parenchymateuse maligne.* Les symptômes objectifs et subjectifs de la kératite parenchymateuse sont aujourd'hui parfaitement connus et décrits. Il est cependant une forme de kératite parenchymateuse qui, présentant une certaine gravité, réclamant un traitement plus énergique, et laissant quelquefois, après elle, des traces fâcheuses, toutes particularités qui peuvent justifier la qualification de maligne. Le but du travail de M. Abadie est de signaler cette forme spéciale. Le début est plus brusque et plus rapide, la réaction plus vive. Dans cette forme maligne, déjà après quatre ou cinq jours, les opacités sont diffuses dans toute la surface et la profondeur de la cornée. Ces opaciiés sont bien plus accusées que dans la forme ordinaire. Elles ont l'aspect de plaques de dégénérescence scléreuse, ou de vrais leucomes, avec l'absence du reflet brillant de ces derniers. Elles offreut une teinte plus mate. L'affection, au lieu de suivre une évolution lente, prend une marche précipitée. Malgré le traitement qui réussit si bien dans la kératite parenchymateuse ordinaire, l'état de la cornée, dans la forme maligne, loin de s'améliorer et de rester stationnaire, semble s'aggraver. Dans cette forme, la médication habituelle est insuffisante, et il faut porter tout de suite l'iodure de potassium à des doses très élevées, 2, 3, 4 grammes par jour, ce qui est énorme, eu égard à l'âge des sujets. En même temps, il convient d'insister sur la médication tonique, sur l'extrait de quinquina de 0,50 centigr. à 2 gram. par jour, sans perdre de vue le traitement local employé dans la forme ordinaire. S'il y a des antécédsnts syphilitiques bien nets, prescrire le sirop de Gibert ou des frictions mercurielles. M. Abadie déclare, cependant, que chez quelques malades, où il a été à même d'observer cette forme de kératite parenchymateuse maligne, les mercuriaux n'ont pas paru exercer une influence bien favorable sur la marche de la maladie. Le médicament, par excellence, a été toujours l'iodure de potassium porté à très hautes doses.

*Appareil de l'ouïe. — Appréciation comparée de la valeur des audiphones et des téléphones au point de vue de l'audition et de leur utilité chez les sourds.* — Tel est le titre de la communication de M. Ladreit de Lacharrière. Les audiphones sont basés sur ce principe que, chez les personnes chez lesquelles le nerf acoustique n'est pas paralysé, il est possible de faire parvenir, jusqu'au nerf des ondes sonores, par l'intermédiaire des dents et des os du crâne.

Les expériences faites par M. Ladreit de Lacharrière n'ont pas été aussi favorables pour l'audiphone que celles faites par M. le docteur Collardon.

Le téléphone, qui transmet les ondes sonores en les amplifiant, peut être d'une immense utilité dans l'avenir. C'est le téléphone, dit à ficelle, dont M. Trouvé a eu l'idée de faire un instrument d'acoustique. Le téléphone n'exige pas qu'on parle à la surface de la lame vibrante. Un appareil assez grand, comme la peau d'un tambour, pourrait, dit M. Ladreit de Lacharrière, être placé devant ou au-dessus de la tête d'un orateur, et permettre de propager les sons dans toutes les parties de l'enceinte où il parle. Dès lors, les enfants demi-sourds pourraient être admis dans les classes communes. Dans les assemblées, quelques places, dans les théâtres, quelques loges pourraient recevoir des fils téléphoniques. La théorie justifie ces espérances.

*Guérison de la surdi-mutité,* par M. Boucheron. — Deux cas de surdi-mutité observés chez de jeunes enfants qui ont recouvré l'ouïe dans une proportion suffisante pour apprendre à parler, ont inspiré ce mémoire à notre collègue. Dans le premier, il s'agit d'une sourde-muette de 2 ans 1/2; dans le second, d'une sourde-muette de 4 ans 1/2; toutes les deux d'une bonne constitution, d'une intelligence vive, n'ayant jamais eu de convulsions, les parents bien portants. M. Boucheron diagnostique chez la première un catarrhe pharyngien à répétition, avec propagation de l'inflammation à la caisse du tympan par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, qui est oblitérée par le gonflement de la muqueuse. La conséquence est la compression du nerf acoustique avec surdité. Après un an, l'enfant entend la voix forte, articule très nettement les mots qu'elle apprend et les prononce sans regarder les lèvres. Le diagnostic est le même chez la seconde enfant qui a recouvré en partie l'ouïe après un mois; après cinq mois, elle apprend des mots qu'elle prononce; elle entend le remontoir d'une montre au contact.

M. Boucheron compare le mécanisme de ces surdi-mutités par compression du nerf acoustique à celui de la cécité par compression du nerf optique dans le glaucome, et propose de désigner ce processus par le mot *otopiésis.* Cette conception indique la nécessité de faire cesser au plus tôt la compression du nerf acoustique par les insufflations d'air dans la caisse, de diminuer le gonflement inflammatoire de la muqueuse des trompes par les cautérisations pharyngées; de modérer et d'éloigner les crises aiguës du catarrhe diathésique par un traite-

ment approprié. Le cathétérisme nécessaire pour les insufflations d'air, nécessite l'emploi du chloroforme. La première malade y a été soumise, pendant un an, sans inconvénient.

La communication de M. Boucheron ne pouvait se poser devant votre Société sans amener une discussion à laquelle a pris part M. Ladrait de la Charrière; je vous la rappellerai au compte rendu de 1881 à laquelle elle appartient.

*Physiologie du bégaiement*, par M. le docteur Chervin. — La question de savoir si le bégayement est une infirmité, une maladie ou un simple défaut de prononciation est une de celles dont l'auteur s'est d'abord occupé. Le bégayement, pour M. le docteur Chervin, tient à la fois de l'infirmité par la difficulté ou l'impossibilité que la langue éprouve à exercer la fonction vocale; il tient de la maladie par l'intermittence de ses manifestations et la subjectivité de certains de ses caractères; il tient, enfin, des simples défauts de prononciation, en ce que, comme eux, il est souvent localisé dans certaines combinaisons linguistiques, et que la pratique simple et naturelle des procédés ordinaires de la parole suffit pour le faire disparaître. Les causes occasionnelles principales de ce singulier désordre seraient l'émotion vive et l'irritation. Nous devons remercier M. Larcher du rapport clair et précis qu'il nous a présenté sur le travail de M. le docteur Chervin, publié par l'auteur dans la *Revue scientifique de la France et de l'étranger*, ce qui nous a privé de l'avantage de la reprodnire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

## VARIÉTÉS

### LA DORMEUSE DE L'HOSPICE-GÉNÉRAL DE ROUEN.

On observe en ce moment, dans l'un des services de l'Hospice-Général, un cas pathologique bien curieux, du genre de ceux que le docteur Charcot étudie à la Salpêtrière.

Il s'agit d'une femme qui, depuis plus de *vingt jours*, dort d'un sommeil cataleptique, dont elle ne sort la nuit, que pendant quelques instants, le temps de prendre quelques aliments légers mis à sa portée: après quoi elle retombe pour vingt-quatre heures dans une léthargie profonde, avec cette particularité curieuse que ses bras et ses jambes sont dans un état de rigidité absolue, telle qu'en la prenant par la tête, on peut la soulever tout d'une pièce.

Cette femme se nomme Louise-Julie Jourdain. Née à Notre-Dame de Bondeville, elle est âgée de trente-sept ans et célibataire. Il y a quatorze ans qu'elle fut prise, pour la première fois, de cette bizarre somnolence. Elle était alors ouvrière de filature. On l'amena à l'Hospice-Général le 4 novembre 1867. Elle était en léthargie depuis la veille, et le bulletin de son admission porte comme diagnostic : syncope. Elle sortit de l'hospice le 1er décembre suivant; mais quatre jours après, le 5, il fallut la réadmettre. Le bulletin de cette date porte : hystérie-catalepsie.

L'année suivante, le 22 février 1868, à la suite d'une nouvelle crise, on la conserva, à titre d'essai, comme infirmière. Elle se fit remarquer comme très sérieuse, propre, active, très obligeante, dévouée. Elle demeurait avec sa mère, rue de la Glos, où elle habite encore.

De temps en temps, elle retombait pour quelques jours dans une période de léthargie; mais une fois revenue à l'état normal, elle reprenait son service avec une ponctualité exemplaire. De 1871 à 1873, elle n'eut aucune rechute. Puis les périodes du sommeil reprirent, à des intervalles inégaux et avec des durées variables.

Comme d'ailleurs, en dehors ne ces crises, elle mangeait, buvait, dormait et agissait, comme une personne bien portante, on avait fini par s'habituer à cette étrange malade. On ne la désigne plus, depuis longtemps, dans l'hospice, que sous le nom de « la dormeuse ».

On a remarqué que, lorsqu'elle est à la veille de s'endormir pour quelques jours, elle devient très nerveuse.

Habituellement mélancolique, elle est alors plus taciturne que jamais. Quand l'accès survient, elle s'endort subitement a la place où elle est, et il faut la coucher. Nous avons dit que, depuis « plus de vingt jours », elle dort. C'est l'une des plus longues périodes de sommeil qu'elle ait eues.

Sa respiration est très régulière; elle a le visage coloré et très chaud; à la voir, on ne se douterait de rien.

Mais si l'on essaie de lui prendre le bras, on éprouve de la peine à le remuer; vient-on à le lâcher, il revient à sa position, le long du corps, avec la raideur d'un ressort. De même les jambes.

Vers dix heures et demie du soir, on commence à voir ses jambes s'agiter; elle pousse de faibles gémissements; c'est l'indice précurseur de son réveil, et il faut mettre auprès d'elle du bouillon et du vin.

A onze heures, elle ouvre les yeux, se dresse sur son séant, on lui présente des aliments, qu'elle saisit et mange sans parler, comme inconsciemment. Pendant quelques courts moments, elle reprend possession de toutes ses fonctions naturelles absolument suspendues dans la journée. Bientôt après, elle se remet sur son oreiller, et dort; on peut encore lui remuer les bras et les jambes; mais, vers quatre heures du matin, elle retombe dans sa rigidité léthargique jusqu'au milieu de la nuit suivante.

Deux fois, pendant la période actuelle, elle est restée quatre jours ainsi endormie sans un instant de réveil, et par suite, sans qu'on ait pu lui faire prendre de nourriture. Chose à noter, elle ne maigrit pas malgré ce régime.

Tels sont les phénomènes que présente la *dormeuse* de l'Hospice-Général; phénomènes d'autant plus curieux, qu'ils s'écartent des phases ordinaires de la catalepsie dans laquelle on n'observe pas, comme ici, la rigidité des membres.

## COURRIER

MUTATIONS. — Par suite de la démission de M. Frémy, médecin de l'Hôtel-Dieu les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

M. Vulpian passe de la Charité à l'Hôtel-Dieu;
M. Féréol passe de Beaujon à la Charité;
M. Fernet passe de Lariboisière à Beaujon;
M. Duguet passe de Saint-Antoine à Lariboisière;
M. Gouraud passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine;
M. Raymond passe du Bureau central à Ivry;
M. Landrieux passe du Bureau central à Sainte-Périne;

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1881, aura lieu le mardi 27 décembre 1881, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 2.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1881.

VOITURES DE TRANSPORT POUR LES BLESSÉS. — Depuis longtemps la préfecture de police avait eu l'idée de faire établir des voitures spéciales pour le transport dans les hôpitaux des blessés et des malheureux atteints de maladies graves ou contagieuses.

Après de longs tâtonnements et des rectifications sans nombre, trois voitures ont été construites et acceptées par la commission composée du secrétaire général de la préfecture de police, du docteur Voisin et de M. Lamouroux, conseiller municipal.

Ces voitures sont parfaites : les ressorts sont d'une douceur extraordinaire et les malades ne ressentiront aucun cahot.

Un appareil de chauffage très ingénieux est placé dans un angle de la voiture, de manière à donner une chaleur de 18 à 20 degrés; on brûlera des briquettes de charbon de Paris et une cheminée d'appel servira au dégagement du gaz acide carbonique.

L'épuration de la voiture aura lieu à l'aide de l'acide nitreux.

Une de ces voitures est placée à la préfecture de police, la seconde à la mairie du treizième arrondissement, et la troisième à la mairie du dix-huitième arrondissement.

Avant peu, tous les arrondissements de Paris en seront pourvus.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS. — Bureau pour 1882 :

Président, M. Tillot; vice-présidents, MM. Constantin Paul et Caulet; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires annuels, MM. Cazaux et Paul Bénard; trésorier, M. Byasson; archiviste, M. Japhet.

Comité de publication : MM. Dujardin-Beaumetz et Danjoy.

—

— Un jeune médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris, désirerait accompagner dans le Midi un malade devant y passer l'hiver. — S'adresser aux Bureaux du journal.

*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

## NOTE SUR LE SIÈGE DES BACTÉRIES DANS LA LÈPRE ET SUR LES LÉSIONS DES ORGANES DANS CETTE MALADIE ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 28 octobre 1881,

Par V. Cornil, médecin de la Pitié.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

*Cornée et Sclérotique.* — Il existait un nodule lépreux en un point de la circonférence de la cornée, à son union avec la sclérotique. Nous avons fait des préparations comprenant à la fois ce nodule, la sclérotique et la cornée. Le nodule conjonctival présentait des cellules lymphatiques remplies de fines bactéries. Entre les fibres de tissu conjonctif de la sclérotique, entre les lames conjonctives de la cornée et de la sclérotique, on trouvait une assez grande quantité de bâtonnets et de grands filaments constitués par des bâtonnets placés bout à bout. Les cellules plates de la cornée étaient normales. L'épithélium de revêtement de la cornée était intact. La cornée n'était ni vascularisée ni épaissie.

*Nerf.* — Un morceau du nerf cubital qui m'a été envoyé montrait, sur des sections transversales colorées au violet, un épaississement considérable du tissu cellulaire qui l'entourait et de tout le névrilemme. Partout, dans le tissu conjonctif et entre les lamelles du névrilemme, il y avait une grande quantité de bâtonnets disposés bout à bout sous forme de longs filaments. La plupart des faisceaux de tubes nerveux étaient remplacés par du tissu fibreux.

Sur des sections longitudinales des nerfs, on remarquait la même disposition des filaments et des bâtonnets bactéridiens par rapport aux lames du névrilemme. Lorsque, par le hasard de la préparation, on avait une section isolée et retournée à plat d'une de ces lames, on y voyait les filaments bactéridiens rectilignes ou infléchis, accolés contre la surface de la lamelle. Les cellules plates, qui appartiennent à ces lames, possédaient leurs noyaux normaux, mais leur protoplasme montrait souvent des spores ou de très petits bâtonnets.

Sur ces coupes longitudinales, on observait, suivant leur longueur, des groupes de tubes nerveux, reconnaissables plutôt à leur configuration générale qu'aux détails de leur structure. Ils ne possédaient pas en effet de cylindre d'axe, ce dont nous nous sommes assurés en employant le carmin comme matière colorante. Leurs cellules plates superficielles étaient visibles et ils ressemblaient à un faisceau fibreux. Entre ces vestiges des tubes nerveux il y avait des cellules granuleuses.

*Ganglion lymphatique.* — Nous avons examiné un ganglion lymphatique qui était hypertrophié et qui présentait, à l'œil nu, une certaine dureté et une couleur jaunâtre comme s'il était caséeux.

Les préparations colorées les unes par le violet, les autres par la solution d'iode ioduré ont démontré que les vaisseaux de ce ganglion avaient subi un commencement de transformation amyloïde. Le tissu tout entier du ganglion était devenu presque complètement fibreux, si bien que le réticulum normal avait fait place à un tissu conjonctif épais à mailles arrondies et serrées dans certains points, tandis que, dans d'autres parties, on avait affaire à un tissu conjonctif fasciculé. Dans tout ce tissu du ganglion ainsi altéré, on trouvait des bactéries, les unes courtes de 8 à 10 millièmes de millimètre de longueur, les autres disposées en longs filaments. Telle était leur disposition la plus ordinaire. Elles suivaient généralement les interstices entre les fibres et lamelles du tissu fibreux, de telle sorte que sur les sections parallèles à la direction des faisceaux, on les voyait entre les faisceaux, contiguës aux cellules plates qui recouvrent ces faisceaux. Sur ces préparations, les cellules plates du tissu conjonctif se voyaient de profil. Sur certains points de préparations où la coupe avait passé suivant la surface des lamelles de tissu fibreux,

les cellules plates se montraient de face et les filaments vus suivant une grande longueur touchaient souvent les cellules.

Les vaisseaux de ce ganglion offraient les mêmes lésions que ceux du tubercule cutané au point de vue de la présence des parasites dans leur paroi et les capillaires étaient souvent obstrués par des amas de spores et de tout petits bâtonnets.

*Larynx.* — Nous avons eu à notre disposition l'épiglotte dont la muqueuse était le siège d'une infiltration lépreuse diffuse. Là, dans tout le chorion muqueux qui était privé de son revêtement épithélial, nous avons constaté les mêmes phénomènes que dans le tubercule lépreux cutané : infiltration par des cellules plus ou moins volumineuses sphériques ou ovoïdes remplies de tout petits bâtonnets grêles, remplissage de quelques vaisseaux capillaires par des spores et de petits bâtonnets, bâtonnets plus volumineux et plus longs entre les fibres du tissu conjonctif dans les points où elles étaient bien conservées et ou il n'y avait pas de grosses cellules lèpreuses. Nous n'avons vu aucun vestige des glandes muqueuses.

Au-dessous de la muqueuse, le tissu cellulo-adipeux qui la sépare du périchondre avait conservé sa forme générale habituelle. De grosses vésicules adipeuses existaient là, séparées par des cloisons un peu épaissies de tissu fibreux. Après la teinture au violet et le montage des pièces dans le baume du Canada, la graisse avait disparu, mais tout le tissu conjonctif qui séparait les vésicules adipeuses se montrait farci et hérissé de bâtonnets de moyen volume et assez longs.

Le périchondre était aussi rempli des mêmes éléments qui affectaient une disposition assez régulière et parallèle à la direction des fibres du périchondre. Le cartilage n'était pas altéré.

*Foie.* — Le foie montrait à l'œil nu, sur les coupes du bloc qui m'a été envoyé, une certaine demi-transparence qui pouvait faire penser à une altération amyloïde. Cette lésion existait en effet, et elle portait sur toutes les cellules des îlots, ainsi que j'ai pu m'en assurer par la réaction de l'iode et de l'acide sulfurique et par le violet de méthyl. De plus, le foie était atteint d'une cirrhose fibreuse peu avancée, il est vrai, mais très manifeste, facile à démontrer sur les pièces colorées au carmin. Par l'examen des pièces colorées soit par le carmin, soit par l'iode, il eût été impossible d'affirmer la présence des bactéries. La teinture par le violet 5 *B* montrait, au contraire, combien elles étaient nombreuses dans toutes les parties de l'organe. Elles se trouvaient, en effet, d'abord dans tout le tissu conjonctif de nouvelle formation qui séparait les îlots, mais aussi entre les cellules hépatiques dans toute l'étendue des îlots. Elles se présentaient habituellement à l'état de gros et longs articles isolés, dans lesquels on voyait souvent deux ou trois points clairs, et elles siégeaient soit dans le tissu conjonctif interlobulaire de nouvelle formation, soit entre les cellules hépatiques. Celles-ci contenaient souvent dans leur intérieur de petits grains colorés ou de minuscules bâtonnets.

*Testicule.* — De tous les organes que j'ai eus à examiner, le testicule était assurément le plus malade. Le tissu de la glande était encore reconnaissable, à l'œil nu, à sa mollesse, à ses travées fibreuses et aux tubes séminifères qui étaient isolables, mais qui se cassaient aussitôt qu'on essayait de les étirer.

En dilacérant des fragments de la glande, on obtenait un liquide trouble miscible à l'eau qui contenait une grande quantité de bactéries volumineuses assez longues, non soudées en filaments et présentant dans leur intérieur des points clairs ou des spores colorées fortement en violet, siégeaet généralement aux deux extrémités des bâtonnets. En même temps, il y avait dans le liquide des cellules rondes et des débris de cellules remplis de spores et de petits bâtonnets.

Les coupes de l'organe durci montraient la section des tubes. Leur paroi lamellaire et leurs cellules physiologiques étaient remplacés par des tractus fibrillaires peu résistants qui limitaient des cavités remplies des éléments précédents. La lumière des tubes était assez grande. Les tractus qui la limitaient contenaient une grande quantité de grandes bactéries isolées, de spores et de petites bactéries. Du

côté de la lumière des tubes, la paroi était bordée de cellules rondes ou déformées remplies de bactéries d'une grande finesse et de spores.

Les grands tractus épais et fibreux du testicule présentaient des faisceaux de fibres épais et denses, et ils étaient parcourus par des vaisseaux, artères, veines et capillaires de différent calibre. Dans ce tissu et dans les parois des vaisseaux, on trouvait de longs filaments bactéridiens formés par des articles placés bout à bout. Souvent les vaisseaux capillaires étaient remplis de spores disposées en amas avec des bactéridies fines.

En résumé, les tissus que j'ai examinés étaient remplis de bactéries et tellement modifiés qu'il était difficile même de déterminer à quel organe on avait affaire. Les bactéries s'y montrent sous les différents états de spores, de bâtonnets extrêmement fins et petits, de bâtonnets plus volumineux, présentant de petits grains dans leur intérieur, et de grands filaments formés par des bâtonnets disposés bout à bout en chaînettes.

Les lésions en rapport direct avec les bactéries se divisent en deux séries :

1° Les tubercules lépreux et l'infiltration lépreuse sont caractérisés par de grandes cellules en nombre colossal qui infiltrent le tissu malade et qui sont remplies de bactéries fines. Lorsque l'infiltration lépreuse atteint un organe mou comme le foie ou possédant des cavités naturelles comme le testicule, les bactéries y deviennent très volumineuses. Dans ces tissus infiltrés, presque mortifiés, et qui s'ulcèrent lorsqu'ils siègent à la peau ou sur une muqueuse, la circulation sanguine est peu active ou nulle, et les vaisseaux capillaires sont remplis d'infarctus bactéridiens.

2° Dans la plupart des tissus fibreux, les bactéries poussent de longs filaments dans les interstices des fibres, les cellules fixes du tissu fibreux étant peu altérées ou normales, mais il en résulte souvent une sclérose, un épaississement de ces tissus fibreux.

La lèpre, maladie qui paraît causée par les bactéries, et dans laquelle elles jouent le rôle essentiel, est assurément l'un des meilleurs exemples qu'on puisse choisir pour se convaincre de leur importance, et pour étudier leur siège, leur mode de dissémination et les lésions qu'elles déterminent.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881 (1),

Par M. Ernest Besnier.

### CLERMONT-FERRAND. — M. FREDET.

(Population civile.)

« De nombreux cas de variole ou varioloïde ont été observés pendant ce dernier trimestre tant à la ville qu'à la campagne. C'est surtout vers la fin de juin et au commencement de juillet que cette affection a été plus accusée, notamment dans plusieurs villages des environs de Clermont, où elle a revêtu le caractère épidémique ; actuellement, il en existe encore quelques cas.

Les mois de juillet et d'août ont été marqués par des troubles intestinaux saisonniers habituels, mais qui, cette année, probablement sous l'influence de la température élevée que nous avons eue, ont été plus nombreux. L'on peut dire, sans risque d'exagérer, que les trois cinquièmes de la population ont été atteints de cette diarrhée estivale, si pénible et si débilitante : cholérine chez les uns, avec vomissements, crampes, refroidissement des extrémités, selles liquides abondantes, riziformes ; chez d'autres, simple flux intestinal des plus abondants ; chez d'autres, enfin, le gros intestin seul était atteint, et les selles observées étaient muco-sanguinolentes, s'accompagnant d'épreintes très douloureuses ; j'ai vu aussi un certain nombre de malades atteints de simples coliques, sans évacuations alvines, et des plus pénibles.

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 27 novembre, 3, 11 et 24 décembre.

Les divers types que je viens de signaler se succédaient par ordre régulier, les malades présentant presque tous en même temps les mêmes symptômes. Néanmoins, j'ai vu peu d'enfants atteints de choléra infantile.

En septembre, un grand nombre d'angines pultacées, mais encore une fois, Dieu merci! pas de diphthérie. J'ai déjà signalé précédemment notre immunité relative à ce sujet en faisant des vœux pour qu'elle se maintienne.

Comme il fallait s'y attendre quand arrive la fin de l'été, et comme l'indique l'échelle de cette maladie, la fièvre typhoïde est apparue. De nombreux cas ont été observés et s'observent encore à la ville et à la campagne. La plupart ont revêtu la forme muqueuse ou adynamique, et il y a eu de nombreux décès. Pendant mon séjour à Royat, j'ai eu l'occasion de soigner quelques jeunes gens du lycée de Lyon, licenciés pour cause d'épidémie typhoïde, et venus là pour accompagner leurs parents, qui ont été pris, après quelques jours, de fièvre typhoïde dont ils avaient apporté le germe avec eux.

Enfin, il convient d'ajouter quelques érysipèles, quelques coqueluches, et la physionomie constitutionnelle de ce dernier trimestre sera esquissée ».

### CLERMONT-FERRAND. — M. BARBERET.

(Population militaire.)

« L'état sanitaire de la garnison de Clermont-Ferrand pendant le troisième trimestre 1881 a été bon, surtout si on le compare, à effectif égal, à l'état sanitaire du même trimestre pendant les quatre dernières années.

Les conditions météorologiques ont été à peu près les mêmes pendant les mois de juillet et d'août, c'est-à-dire qu'une température élevée et une grande sécheresse ont caractérisé cette première période du trimestre pendant laquelle les affections des voies digestives ont dominé (embarras gastriques, diarrhées, quelques dysenteries, de nombreux ictères). Toutes ces affections saisonnières n'ont eu que peu de gravité.

8 cas de fièvre typhoïde se sont déclarés parmi des hommes rentrés depuis peu de Tunisie, au mois de juillet. D'autres cas plus graves et plus nombreux, sans cependant affecter la forme épidmique ont été observés pendant les mois d'août et de septembre parmi les hommes de la garnison. Il y a eu 3 décès causés par cette maladie pendant le trimestre.

Des refroidissements subits de l'atmosphère survenus au mois de septembre, ainsi que les fatigues occasionnées par les grandes manœuvres d'automne, ont donné lieu à plusieurs cas de bronchite, de pleurésie et de pneumonie franchement inflammatoires.

Les rhumatimes ont été rares et bénins.

Il n'y a pas eu de maladies épidémiques ou contagieuses dans la population militaire, nous signalerons cependant 2 cas de *variole* à l'hôpital pendant le mois d'août dont 1 contracté dans les salles. Quant à la population civile, elle ne cesse d'offrir des cas isolés mais assez fréquents de cette maladie, tant à l'hôpital qu'en ville; aussi nous paraît-il *urgent* que l'autorité compétente prenne des mesures rigoureuses pour éteindre ce foyer permanent de contagion. »

### ROUEN. — M. LEUDET.

*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen.* — Troisième trimestre 1881.

« L'état sanitaire a été très satisfaisant pendant le troisième trimestre. Le tiers des salles de l'hôpital est constamment resté vacant.

Pendant les mois d'août et de septembre, quelques cas de fièvre typhoïde ont été admis ; ils ont été au nombre de 9, pour ma division, dont 8 terminés par la guérison et 1 par la mort. En ville, nous avons observé aussi quelques cas de fièvre typhoïde. Cette recrudescence saisonnière de la pyrexie habituelle dans notre localité n'a pas atteint les proportions que nous avons signalées dans plusieurs années. Ces fièvres ont présenté un caractère rémittent marqué; aussi l'administration du sulfate de quinine fut-il suivi de résultats heureux. Par contre, les accidents intestinaux ont été peu marqués, et n'ont jamais provoqué de complications sérieuses.

Le nombre des fièvres synoques a été supérieur à celui des fièvres typhoïdes réelles. Ces fièvres synoques débutant par des symptômes fébriles marqués, se terminaient par la guérison vers la fin de la semaine.

La variole n'est représentée que par 5 malades, dont 2 furent atteints de variole vraie ; l'une d'elles était hémorrhagique et fut mortelle; les autres malades n'eurent que des varioloïdes légères. Je dois noter qu'en attendant l'isolement des varioleux, qui doit être effectué prochainement, la salle d'hommes de ma division est affectée à tous les hommes varioleux admis à l'Hôtel-Dieu. Depuis le milieu de septembre, il n'est entré aucun cas de variole.

Je n'ai à signaler parmi les autres maladies régnantes qu'un chiffre assez élevé de pleurésies, de rhumatismes articulaires et des érysipèles de la face pendant le mois d'août. ».

LE HAVRE. — M. LECADRE.

Sous le rapport de la constitution atmosphérique, le troisième trimestre de 1881 est à noter. Au mois de juillet qui avait été marqué par de grandes chaleurs et par quelques orages succédèrent, dès le commencement d'août, les coups de vent, les pluies abondantes et une température relativement froide. Le mois de septembre ressembla beaucoup à celui qui l'avait précédé, et ce ne fut que vers la fin de ce dernier mois qu'apparut un temps sec provoqué par le vent du Nord et plus froid encore. De cette grande différence de température entre les mois qui composent les mois de la saison d'été, résulta l'apparition soudaine des maladies d'hiver, dès les mois d'août et de septembre, dont, généralement, la morbidité et la mortalité proviennent du genre d'excitation d'une température élevée. Cette différence dans les maladies fut, dans ce trimestre, un fait assez remarquable. Ainsi, tandis qu'au mois de juillet et au commencement du mois d'août, on observait des embarras gastro-intestinaux, des cholérines, des diarrhées infantiles graves et des athrepsies, dès le milieu du mois d'août existaient les affections appartenant habituellement à l'hiver, comme bronchites, angines simples, rhumatismes, névralgies, etc. On ne vit point, cette année, la diarrhée infantile se prolonger jusqu'au mois de septembre. Dès la fin d'août, cette maladie qui, dans le cours de juillet et d'une partie du mois d'août avait fait de grands ravages parmi les tout jeunes enfants, cessa presque tout à coup, et ceux qui en mouraient encore n'étaient plus emportés dans l'espace souvent de quelques heures, mais étaient affectés de l'athrepsie, suite presque inévitable de la diarrhée saisonnière chez des enfants insuffisamment ou vicieusement alimentés.

Mais, si les troubles abdominaux avaient régné moins longtemps que dans les années ordinaires, et avaient, à cause de la cessation d'une chaleur insolite, subi une modification avantageuse, il n'en fut pas de même des affections éruptives qui, durant le trimestre entier, ne cessèrent de sévir. Ainsi la variole, qui datait du trimestre précédent, fut observée, durant ces trois derniers mois. conservant son caractère grave. En juillet, on enregistra 21 décès par cette maladie; on en compta 13 en août et 18 en septembre. Les désordres occasionnés par la rougeole et par la scarlatine furent moins graves. La grande morbidité due à la première de ces éruptions fut principalement au mois d'août. Aucun cas ne fut mortel. Celle de la scarlatine fut de beaucoup moindre; mais la maladie fut plus grave. Deux jeunes enfants en moururent au mois de juillet.

Dans cette épidémie éruptive, ce qui fut surtout remarquable, ce fut chez un assez grand nombre d'individus les prodromes de l'éruption sans que cette éruption fit son apparition. Ainsi, l'on constata chez certains sujets le brisement des membres, la céphalalgie, les vomissements, les douleurs de reins, joints à un état thermique très prononcé; vingt-quatre heures après, amendement subit des symptômes, aucune éruption variolique ne parut. Chez d'autres, c'étaient les prodromes de la rougeole qui avaient lieu; l'affection morbilleuse ne se dessinait pas. En un mot, on avait devant soi ce que les anciens désignaient sous le nom de *variolæ sine variolis, morbilli sine morbillis.*

Dans d'autres cas, une éruption avait lieu : la face, la poitrine, les bras se couvraient de rougeurs en plaques ou de boutons d'apparence pustuleuse. On pouvait craindre l'invasion d'une variole confluente ou d'une scarlatine. Mais il était sage de ne point se prononcer, puisque, le lendemain, l'éruption était effacée, et l'on constatait qu'on n'avait plus affaire qu'à une simple rubéole.

Du reste, il semblait que, durant ce trimestre, la peau devait être l'organe principalement affecté. Outre les exanthèmes fébriles, on put observer bon nombre d'urticaires et des *herpès zosters* en plus grande quantité que d'habitude.

Sans prendre le caractère épidémique, le croup et la diphthérie ne continuèrent pas moins de sévir, et, durant le trimestre, on put compter encore 34 cas mortels provoqués par l'une ou l'autre de ces deux maladies. »

*(La fin à un prochain numéro.)*

## VARIÉTÉS

### COMITÉ INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE DE GENÈVE.

*Programme de concours.* — Le Comité international de la Croix-Rouge met au concours trois études sur *l'art d'improviser des moyens de secours pour blessés et malades.*

L'une de ces études portera sur l'improvisation des *moyens de traitement*; la deuxième sur l'improvisation d'une *ambulance* ou d'un *hôpital de campagne*.

Le Comité international cherche à provoquer, par ce triple concours, la composition d'ouvrages propres à enseigner aux secoureurs, médecins ou infirmiers, militaires ou civils (car tous sont exposés à être pris au dépourvu), l'art de suppléer à ce qui peut leur manquer, au moyen des objets usuels qui se trouvent partout.

Ainsi, les concurrents pourraient utiliser quelques-unes des indications suivantes :

Dans une *première étude* se rangeraient l'emploi des hémostatiques, des appareils à fractures, des réfrigérants, les moyens pratiques d'appliquer la méthode de Lister sur le champ de bataille, etc.

Dans une *deuxième étude*, on grouperait les moyens de transporter les blessés ou les malades, quand on n'a ni brancards, ni voitures, ni engins d'aucune sorte construits d'avance pour cet usage.

Une *troisième étude* porterait sur l'improvisation d'une ambulance ou d'un hôpital provisoire, à proximité de l'armée. Il y aurait à traiter de l'emplacement, de l'appropriation ou de la construction d'un bâtiment, de l'organisation du service, etc.

Voici maintenant quelques-unes des *conditions du concours* :

Bien qu'une grande liberté soit laissée aux concurrents, on leur demande néanmoins : *a*) de limiter leur travail à l'improvisation proprement dite, et de ne pas l'étendre à la préparation anticipée des moyens de secours; *b*) de décrire soigneusement les procédés proposés, et de les accompagner, toutes les fois qu'ils le comportent, de bons dessins, assez intelligibles pour permettre de construire les appareils qu'ils représentent; *c*) de ne proposer que des procédés qui aient fait, autant que possible, l'objet d'essais personnels, et ne soient pas de simples conceptions théoriques.

Les mémoires devront être manuscrits et inédits, en français, en allemand ou en anglais. Ils devront parvenir au président du Comité international de la Croix-Rouge, rue de l'Athénée, 8, à Genève (Suisse), avant le 1er avril 1883. Chaque mémoire portera une devise, qui sera répétée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Le jury pourra décerner, pour chacune des trois études demandées, un prix indivisible de *deux mille francs*, et des accessits jusqu'à concurrence de *cinq cents francs*.

Les membres du Comité international sont MM. G. Moynier, président, L. Micheli de la Rive, vice-président, G. Ador, secrétaire, L. Appia, A. Favre, E. Odier, A. D'Espine.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Suite de la séance du 21 décembre 1881. — Présidence de M. de Saint-Germain.

Sommaire. — Discussion sur les inconvénients et les dangers du chloroforme impur. — Rapport. — Présentation de malade.

M. Berger, à l'occasion de la communication faite, dans la dernière séance, par M. Lucas-Championnière, sur les inconvénients et les dangers du chloroforme impur, dit que son attention a été attirée depuis quelque temps, à l'hôpital de la Charité, sur certaines modifications des caractères physiques du chloroforme, et, en outre, d'une manière toute particulière, sur la très grande instabilité des effets physiologiques de cet agent d'anesthésie.

Trop souvent M. Berger a constaté que le chloroforme des hôpitaux avait une odeur bien différente de celle du bon chloroforme. Tandis que celui-ci exhale cette odeur suave et pénétrante que tous les chirurgiens connaissent, celui des hôpitaux donne souvent, quand on le respire, une sensation piquante et irritante analogue à celle que font éprouver les vapeurs d'acide acétique. En outre, M. Berger a constaté un deuxième caractère qui décèlerait, suivant lui, un mauvais chloroforme; la compresse sur laquelle on le verse garderait, après l'évaporation, une tache circulaire, brunâtre ou grisâtre, indice de la présence de matières grasses dans ce liquide.

En ce qui concerne les effets physiologiques, voici ce que M. Berger dit avoir constaté avec le chloroforme des hôpitaux. Tous les chirurgiens savent que les malades soumis aux inhalations de chloroforme se défendent généralement, pendant les premiers moments, contre les sensations qu'ils éprouvent; mais, quand on a la précaution d'éloigner d'abord, puis de rapprocher peu à peu des narines du patient la compresse imbibée de chloroforme, on voit bientôt la respiration se régulariser et le malade arriver à respirer avec calme les vapeurs anesthésiques.

Il en est tout autrement lorsqu'on se sert du chloroforme dans lequel M. Berger a constaté l'odeur irritante d'acide acétique. Le malade se défend plus vivement et beaucoup plus longtemps contre ces inhalations. Puis on voit les mouvements respiratoires se ralentir et le malade arrive à ne plus faire que cinq à six inspirations par minute. Il s'opère là un *réflexe laryngé* qui peut avoir des inconvénients très graves et même des dangers réels.

M. Duret a montré qu'il se produit parfois pendant la période initiale de la chloroformisation une sorte de syncope primitive due au réflexe laryngé. Or, le plus sûr moyen de provoquer cet accident et de déterminer la syncope par arrêt des contractions du cœur serait, suivant M. Berger, de faire des inhalations avec ce chloroforme doué d'une odeur irritante.

Ainsi le malade soumis à ces inhalations arrive, comme il a été dit déjà, à ne plus faire que cinq à six inspirations par minute; il s'ensuit que l'anesthésie est longue à s'établir, et, pendant tout ce temps, le malade asphyxie, il devient pourpre, cyanosé; on voit les veines du cou et de la face devenir turgescentes, les veines jugulaires sont animées de battements très sensibles; en un mot, il se produit une asphyxie réelle par stagnation et surcharge du sang veineux dans le cœur droit.

Cette asphyxie, est-il besoin de le dire, offre les plus graves dangers; elle conduit à la syncope secondaire qui peut devenir rapidement mortelle. Or, cette altération du type respiratoire serait constante, suivant M. Berger, lorsque l'on donne du chloroforme impur; d'où la menace plus fréquente d'accidents mortels par l'emploi de ce chloroforme.

M. Berger reconnaît que l'on n'a pas toujours de semblables accidents avec tous les chloroformes de l'administration des hôpitaux; mais il a vu ces accidents asphyxiques se produire toutes les fois que le chloroforme avait cette odeur irritante d'acide acétique. Il convient d'ajouter que l'analyse chimique ne pouvait parvenir à découvrir la cause de cette altération du liquide anesthésique.

M. Berger reconnaît que la pharmacie centrale des hôpitaux a toujours fait tous ses efforts pour ne fournir aux chirurgiens que du bon chloroforme. Mais ce chloroforme est livré en grandes quantités aux hôpitaux; il séjourne longtemps dans des flacons en vidange, soit dans les pharmacies, soit dans les salles des divers services; il y est constamment exposé à l'influence de la lumière et au contact de l'air chaque fois que l'on débouche les flacons, qui ne sont pas, d'ailleurs, toujours bouchés à l'émeri, mais souvent avec de simples bouchons de liége. Sous l'action de la lumière et de l'air le chloroforme, corps éminemment instable, se décompose, il s'y produit des oxydations qui en altèrent la constitution chimique; il en résulte un produit détestable au point de vue de ses usages anesthésiques dans les opérations chirurgicales, sauf les cas où, par hasard, le chirurgien tombe sur un chloroforme fraîchement préparé. Avec le chloroforme pris dans les pharmacies de la ville, M. Berger a presque toujours obtenu des anesthésies régulières et n'a jamais vu survenir d'accidents inquiétants.

M. Berger termine en proposant de demander à la pharmacie centrale des hôpitaux de vouloir bien ne fournir aux chirurgiens, pour leurs opérations, que du chloroforme chimiquement pur; de ne le livrer qu'en petite quantité à la fois, dans des flacons colorés en bleu ou en noir et bouchés à l'émeri, afin de préserver le chloroforme de l'action altérante de la lumière et de l'air. Enfin, les chirurgiens des hôpitaux devront recommander aux élèves, aux religieuses, aux infirmiers, une grande surveillance et des soins attentifs au point de vue de la conservation du chloroforme qui reste dans les salles.

M. Maurice Perrin rappelle qu'il avait été frappé, il y a déjà quelques années, de la différence qui s'est produite dans les effets de la chloroformisation dans ces derniers temps, comparés à ceux des premiers temps de l'introduction du chloroforme comme agent anesthésique. Il a pensé que cette différence tenait à des modifications particulières, survenues dans la préparation de ce liquide. Il attache aujourd'hui beaucoup plus d'importance qu'il ne faisait autrefois, à la pureté du chloroforme employé pour obtenir l'anesthésie. Il est évident pour lui que les choses ont beaucoup changé depuis ces dernières années.

Ce qui était autrefois l'exception est devenu aujourd'hui la règle. La chloroformisation est aujourd'hui plus lente, plus irrégulière; elle est, beaucoup plus souvent qu'autrefois, mélangée d'alternatives de collapsus et d'excitations. Elle s'accompagne de nausées et de vomissements que l'on n'observait guère jadis, et qui persistent même plusieurs heures après l'opération. On constate fréquemment chez les malades chloroformisés de la petitesse du pouls, du refroidissement, en un mot un véritable état pathologique qui ne peut être attribué qu'à l'action du chloroforme. Ce liquide lui-même ne présente plus les caractères physiques qu'il avait autrefois, et l'on a dit, avec raison, qu'il avait perdu cette odeur suave et pénétrante de pomme-rainette qui le caractérisait, pour prendre une odeur empyreumatique très désagréable. M. Maurice Perrin avait été frappé de tous ces changements, et il prit le parti

d'en entretenir l'Académie de médecine, dans une communication qu'il fit devant elle, en 1878.

Il doit déclarer qu'à la suite de cette communication, plusieurs chirurgiens, ses collègues de l'Académie, lui dirent que, pour leur part, ils n'avaient remarqué aucun changement dans les effets ni dans les qualités du chloroforme. Mais M. Perrin avait par devers lui la preuve de ce qu'il avançait. Avant de faire sa communication, il s'était livré à une enquête, et avait expérimenté des échantillons de chloroforme pris dans la plupart des pharmacies de Paris. C'était ces chloroformes qui avaient déterminé les accidents auxquels il vient d'être fait allusion. Or, ces échantillons, essayés avec le réactif conseillé par M. Regnauld, c'est-à-dire avec l'acide sulfurique, prenaient la coloration brun marron, caractéristique de l'impureté du liquide. Avec ces mêmes échantillons, rectifiés par le pharmacien du Val-de-Grâce, M. Perrin avait retrouvé les effets du bon chloroforme d'autrefois, et il avait obtenu des anesthésies régulières chez les mêmes malades, qui avaient éprouvé des accidents par les inhalations du chloroforme non rectifié. Ces résultats pouvaient donc servir à prouver que c'est au défaut de soin et aux impuretés du chloroforme que les accidents observés doivent être attribués.

Mais M. Perrin ne saurait être d'accord avec M. Lucas-Championnière, lorsque son collègue, reproduisant un aphorisme intentionnellement exagéré de M. Sédillot, déclare que le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais. M. Perrin ne saurait accepter cette déclaration. A l'époque où Sédillot a dit cela, c'est-à-dire au début de l'introduction du chloroforme dans la pratique de l'anesthésie chirurgicale, cet éminent chirurgien exagérait à dessein sa pensée, voulant faire sentir et graver dans l'esprit de ses auditeurs la nécessité d'une bonne administration du chloroforme.

M. Perrin ne croit pas s'écarter de la vérité, en répétant ce qu'il a dit déjà, dans son travail sur les anesthésiques, que l'état anesthésique, quel que soit l'agent qui le produit, expose à des accidents mortels. Finalement, l'opinion de M. Perrin est que ces accidents ne sont pas dus à une absorption excessive des vapeurs anesthésiques, mais à des symptômes cardiaques primitifs ou secondaires qu'il est impossible de prévoir et d'empêcher, quelle que soit l'habileté de l'opérateur.

Celui-ci n'est donc pas responsable des accidents qui surviennent à la suite de la chloroformisation. Il faudrait que cette conséquence de la loi physiologique précédemment énoncée fût, si cette loi est admise par la majorité des membres de la Société de chirurgie, hautement proclamée par eux, afin de mettre à couvert la responsabilité des chirurgiens devant les tribunaux.

Presque tous les chirurgiens anglais, suivant M. Perrin, ont renoncé au chloroforme pour l'éther, et Critchett, à qui M. Perrin demandait le motif de cet abandon, lui a répondu que c'était pour éviter d'être traîné devant les tribunaux.

Il serait donc très important, au point de vue de la sécurité de la pratique chirurgicale, que la Société de chirurgie se prononçât sur la question de savoir si, oui ou non, elle admet que l'anesthésie peut être mortelle par elle-même, quel que soit l'agent employé pour l'obtenir et quelle que soit l'habileté de l'opérateur qui l'emploie.

Répondant à ce que M. Lucas-Championnière a dit au sujet du chien qui, d'après lui, supporterait très mal le chloroforme, et serait un mauvais réactif dans les expériences sur cet agent, M. Maurice Perrin déclare que, pour sa part, dans les expériences qu'il a entreprises, il n'a trouvé dans aucun autre animal un collaborateur et un sujet plus patient et plus commode que le chien. Pendant des heures, il a tenu cet animal dans l'état d'anesthésie par le chloroforme sans lui faire éprouver d'accident ni lui faire courir de danger sérieux. Claude Bernard était sans doute du même avis, car il a toujours pris le chien pour réactif de ses expériences, de préférence à tout autre animal.

En ce qui concerne le côté pratique de la question qui se discute devant la Société de chirurgie, M. Maurice Perrin voudrait que l'on s'attachât à élucider les trois points suivants : 1° Quelles sont les règles d'une bonne administration du chloroforme ? 2° Quelles sont les qualités que le chloroforme doit réunir pour être déclaré bon ? 3° Quels sont les meilleurs moyens de remédier aux accidents de la chloroformisation.

Pour savoir si un chloroforme est de bonne qualité, on a proposé divers réactifs : ceux qui paraissent les meilleurs à M. Maurice Perrin sont l'acide sulfurique, conseillé par M. Regnauld, et mieux encore le permanganate de potasse conseillé par M. Yvon, ce dernier réactif paraissant être plus sensible que le premier.

M. Perrin ne croit pas que la pureté du chloroforme des hôpitaux doive être incriminée. A la pharmacie centrale, le chloroforme est purifié par M. Regnauld, à l'aide d'un procédé de lavage à l'eau d'abord, puis avec une solution alcaline, enfin par la distillation du liquide sur du chlorure de calcium sec, au contact de l'huile. Cette dernière circonstance explique pour-

quoi le chloroforme des hôpitaux laisse, sur la compresse où on l'a versé, une tache de graisse, laquelle a été considérée à tort par M. Berger comme un indice de l'impureté du liquide.

Le chloroforme purifié, à l'aide du procédé de M. Regnauld, ne subit aucune altération sous l'action de la lumière, particulièrement par l'action du rayon violet qui est, suivant M. Regnauld, l'agent le plus actif de la décomposition chimique par la lumière.

Il ressort de ce qui a été dit, que le plus sûr est d'avoir du chloroforme fraîchement préparé, et, chaque fois que l'on a besoin de se servir de chloroforme, d'essayer ce liquide par les réactifs indiqués; en outre, on ne doit pas conserver le chloroforme trop longtemps sans l'employer et il faut le tenir dans des flacons de verre noirci, à l'abri de la lumière et du contact de l'air.

Quant au moyen de conjurer les accidents déterminés par le chloroforme, M. Perrin déclare que le meilleur, suivant lui, est de faire la respiration artificielle par le procédé du docteur Martini (de Florence), qui est très simple, et qui lui a donné les meilleurs résultats.

M. Marc Sée dit que, pour sa part, il a toujours été assez satisfait du chloroforme des hôpitaux; il n'a jamais observé, par son emploi, des accidents très sérieux, sauf des nausées et des vomissements qui, il est vrai, se sont parfois prolongés pendant vingt-quatre et même, une fois, pendant trente-six heures; mais il n'a jamais eu de cas de mort.

M. Sée ne pense pas que les accidents mortels doivent être attribués, comme l'a dit M. Lucas-Championnière, à l'impureté du chloroforme, car, dans le plus grand nombre des cas de mort, le chloroforme analysé a toujours été trouvé pur. C'est à une fâcheuse prédisposition des malades qu'il faut les rattacher.

M. Farabeuf fait observer que la Pharmacie centrale ne fabrique plus elle-même, comme autrefois, le chloroforme qu'elle fournit aux hôpitaux; elle se contente de purifier ou de vérifier celui qui lui est expédié par des fabriques en grand qui le produisent plus économiquement. Les essais chimiques ou pharmaceutiques indiqués dans le but de reconnaître la bonne qualité du chloroforme sont souvent délicats et difficiles. Un moyen pratique très simple, conseillé par M. Regnauld, consiste à verser le chloroforme sur une feuille de papier pliée en quatre; le papier devra, si le chloroforme est bon, sécher complétement et ne dégager jusqu'au bout que la même odeur de chloroforme.

M. Farabeuf ne pense pas que la question physiologique soit épuisée, comme l'a déclaré M. Maurice Perrin; il y a, en effet, à tenir compte, à ce point de vue, des dernières expériences de M. Paul Bert, communiquées récemment à l'Académie des sciences.

M. Desprès dit que les résultats des expériences de M. Paul Bert ont besoin d'être sanctionnés par l'expérience chirurgicale.

M. Desprès croit devoir prendre en main la défense du chloroforme des hôpitaux, suivant lui très injustement attaqué. Depuis dix-sept ans que M. Desprès se livre à la pratique de la chirurgie, il a employé ou vu employer souvent le chloroforme. Il a vu opérer, soit à l'hôpital, soit en ville, Velpeau et Nélaton, ses maîtres. Nélaton ne faisait jamais d'opération en ville sans emporter du chloroforme des hôpitaux, qu'il préférait de beaucoup au chloroforme des pharmacies de la ville.

Depuis qu'il est devenu chef de service, M. Desprès n'a eu qu'un seul cas de mort, chez une femme de Lourcine dont il avait, par exception, confié la chloroformisation à un élève. Depuis lors, M. Desprès a toujours administré lui-même le chloroforme à ses malades, et jamais il n'a vu survenir d'accidents. Jamais, d'ailleurs, il ne s'est préoccupé de la question de pureté ou d'impureté de ce liquide. Le même chloroforme produit des vomissements chez les uns et pas chez les autres. C'est là une question de prédisposition individuelle. Suivant M. Desprès, le chloroforme provoque l'ivresse comme le vin ou l'alcool. Seulement, l'ivresse du chloroforme est passagère, dure parfois quelques secondes, tandis que celle du vin ou de l'alcool dure plusieurs heures. Mais comme l'ivresse alcoolique est toujours la même, quel que soit le vin qui la produit, ainsi l'ivresse chloroformique est toujours la même avec tous les chloroformes. Pour continuer la comparaison, tout le monde sait que l'ivresse produite par le vin bu à petits coups est moins dangereuse que celle que donne une quantité considérable de vin avalée tout d'un trait; de même l'ivresse du chloroforme sera moins dangereuse si l'on fait respirer cet anesthésique peu à peu, lentement, par petites doses. Les chirurgiens anglais sont, de tous les chirurgiens, ceux qui ont perdu le plus de malades opérés au chloroforme, parce qu'ils donnent cet anesthésique à des doses énormes, massives. C'est le mode d'anesthésie qu'il faut accuser, non l'anesthésique. L'éther, ainsi qu'il résulte du travail de M. Perrin sur les agents d'anesthésie chirurgicale, est celui qui a donné le plus de morts.

M. Desprès se résume en disant que le chloroforme des hôpitaux, pur ou non, est un excellent anesthésique qu'il ne faut pas chercher à remplacer, sous le prétexte illusoire que l'on peut trouver mieux.

M. Tillaux ne voudrait pas que, à propos du chloroforme, on sonnât le tocsin d'alarme. Comme M. Desprès, il emploie depuis longtemps le chloroforme des hôpitaux, il l'emploie constamment, et jamais il n'a vu survenir d'accident sérieux. Il n'a pas remarqué ce prétendu changement que l'on dit avoir observé dans ses effets physiologiques. Le chloroforme lui semble donner aujourd'hui les mêmes résultats qu'autrefois. Comme au temps où il était interne dans les hôpitaux, il voit maintenant des malades qui s'endorment difficilement et d'autres qui s'endorment sans peine; des malades qui se congestionnent et d'autres qui ne se congestionnent pas; des malades qui ont des vomissements et d'autres qui n'en ont pas. Ces inconvénients ou accidents tiennent au moins autant aux prédispositions individuelles qu'au chloroforme lui-même. Sans doute il est désirable que la pharmacie centrale fournisse aux chirurgiens le chloroforme le meilleur, le plus pur possible; mais il faut tenir compte aussi de la manière de l'administrer. Ce n'est pas le chloroforme qu'il faut incriminer, mais son mode d'administration.

M. Léon Le Fort dit qu'il ne saurait être question ici d'accidents graves ou mortels à mettre à la charge du chloroforme des hôpitaux; mais on peut se demander si ce chloroforme n'a pas certains inconvénients, ne donne pas aux chirurgiens des ennuis que l'on n'a pas avec le chloroforme des pharmacies de la ville. M. Tillaux dit qu'il se sert constamment du chloroforme des hôpitaux et qu'il n'a jamais d'accidents. Mais il s'agit de savoir ce qu'il faut entendre par accidents. On ne veut pas toujours entendre par là des accidents d'asphyxie ou de mort. Il y a aussi les vomissements et les nausées dont on est bien obligé de tenir compte. Précisément M. Le Fort vient d'assister M. Tillaux dans une opération pratiquée sur une femme à laquelle le chloroforme à causé des nausées, entremêlées d'expulsion involontaire des matières fécales, qui ont persisté pendant toute la durée de l'opération et l'ont considérablement gêné. N'est-ce donc rien que cela?

Le chloroforme des hôpitaux donne depuis quelque temps à M. Léon Le Fort des ennuis continuels, si bien qu'il a dû y renoncer et chercher à s'en procurer en ville. Il est allé, entre autres, chez M. Yvon dont M. Lucas-Championnière a dit qu'il donnait du chloroforme rendu chimiquement pur au moyen d'un procédé particulier. Or, M. Yvon a déclaré à M. Léon Le Fort que son chloroforme est identiquement le même que celui qui est fourni à la pharmacie centrale et qui lui vient d'une fabrique située à Lille où on le produit en grand avec de l'alcool de betterave. Anciennement le chloroforme des hôpitaux était fabriqué à la pharmacie centrale et dans les pharmacies des hôpitaux militaires. Mais les progrès de l'industrie sont venus et ont changé tout cela. On fabrique aujourd'hui le chloroforme en grand et à meilleur marché dans des usines spéciales qui le fournissent à la pharmacie centrale. Celle-ci ne fait que le purifier. Or, ce chloroforme ainsi purifié, sans donner lieu à des accidents graves, a du moins l'inconvénient de causer des ennuis aux chirurgiens, de provoquer des nausées, des vomissements qui les gênent pendant l'opération. Le chloroforme des pharmacies de la ville n'offre pas ou offre moins ces inconvénients. Comme on l'a dit déjà, le chloroforme des hôpitaux reste longtemps dans les pharmacies, dans les salles, et c'est l'altération produite par ce séjour prolongé des flacons exposés en vidange à l'action de l'air et de la lumière, qui est la cause des accidents ou des inconvénients dont il s'agit.

Pour parer à ces inconvéniens et prévenir cette altération du chloroforme, M. Le Fort propose l'adoption d'un moyen déjà anciennement connu et qui lui a parfaitement réussi pendant la dernière guerre. Ce moyen consiste à conserver le chloroforme dans des tubes effilés et fermés à la lampe et contenant de 25 à 30 grammes de chloroforme par tube. Le chloroforme reste ainsi inaltérable et inaltéré jusqu'au moment où le chirurgien doit s'en servir. M. Le Fort possède encore un tube contenant du chloroforme ainsi conservé depuis 1849, c'est-à-dire depuis trente-deux ans. Il compte prier M. Regnauld de faire l'analyse de ce chloroforme, et il ne doute pas que ce liquide soit resté parfaitement pur. C'est là, suivant lui, le vrai et le seul moyen pratique dont il faudrait demander l'adoption à l'administration des hôpitaux, d'avoir du chloroforme toujours pur dans les services de chirurgie.

M. Lucas-Championnière se défend d'avoir incriminé plus particulièrement le chloroforme des hôpitaux; il a dit, au contraire, qu'il avait, avec M. Yvon, examiné des échantillons de chloroforme pris dans diverses pharmacies de la ville et qu'il avait trouvé, dans ces chloroformes, des impuretés analogues à celles du chloroforme des hôpitaux. Il a parlé d'un procédé très facile, indiqué par M. Yvon, de purifier le chloroforme par une simple distillation après essai avec le permanganate de potasse. Que l'on adopte le procédé très simple et très pratique de M. Yvon ou tout autre, peu importe; mais il y a évidemment quelque chose à faire en vue d'obtenir pour les besoins de la pratique chirurgicale un chloroforme sur lequel on puisse toujours compter et qui ne donne pas lieu aux accidents ou aux inconvénients observés par un grand nombre de chirurgiens.

M. Lucas-Championnière n'a jamais dit que les accidents mortels ne fussent dus qu'à l'emploi d'un chloroforme impur. Il est convaincu que l'anesthésie peut très bien, par elle-même, occasionner la mort. On pourrait dire, après Sédillot : « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais; seulement, tout individu anesthésié est peut-être mis par là même en danger de mort. »

Outre le danger que l'anesthésie considérée en elle-même fait courir aux malades, il y a à considérer les dangers qui résultent du mode d'administration de l'agent anesthésique. On peut dire que les chirurgiens anglais assomment leurs opérés par les doses énormes de chloroforme qu'ils leur administrent. Ils versent tout d'abord le contenu d'un demi-flacon de chloroforme dans une serviette dont ils enveloppent la tête du patient en le forçant ainsi à respirer une quantité considérable de vapeurs de chloroforme non mélangées d'air. Aussi, les cas de mort par le chloroforme sont-ils de beaucoup plus nombreux à Londres que dans aucune des autres capitales de l'Europe, et même que dans les principales villes d'Amérique. Les Anglais n'ont pas, d'ailleurs, abandonné le chloroforme, comme l'a dit M. Maurice Perrin. M. Lucas-Championnière a vu, dans un voyage récent, les chirurgiens de Londres en faire un usage quotidien, concurremment avec l'éther et le bichlorure de méthylène.

Quant aux inconvénients du chloroforme impur et à la possibilité d'y rémédier, M. Lucas-Championnière ne pense pas que l'on puisse les révoquer en doute. Avec du chloroforme impur, dont l'altération était décelée par la modification du point d'ébullition de ce liquide, il a vu se produire des accidents, des nausées, des vomissements qui ne se sont pas produits avec le chloroforme chimiquement pur de M. Yvon. Il a employé ce chloroforme un grand nombre de fois chez des hommes, des femmes et des enfants, avec des résultats excellents.

En résumé, peut-on obtenir un chloroforme qui ne donne pas des vomissements ou des nausées? — sans nul doute; — un chloroforme qui ne tue jamais? — c'est là une autre question. Nous ne pouvons pas affirmer que le chloroforme ne tuera jamais. Quant à lui substituer l'éther, on peut dire que c'est là une chose absolument impraticable. M. Lucas-Championnière croit que si l'on administre bien le chloroforme et que celui-ci soit chimiquement pur, ce liquide restera le meilleur anesthésique, auquel n'est comparable aucun de ceux par lesquels l'on a prétendu le remplacer, et que l'on aura désormais beaucoup moins d'accidents par chloroformisation à enregistrer.

M. Maurice Perrin proteste contre l'opinion qui lui a été attribuée, à tort, par M. Desprès et suivant laquelle l'éther serait l'agent anesthésique qui aurait produit le plus grand nombre de cas de mort. M. Perrin n'a jamais dit cela et une pareille statistique est d'ailleurs impossible. Ce qu'il faut, en somme, retenir de cette discussion, c'est que dans les accidents mortels qui peuvent survenir à la suite de la chloroformisation, on n'a jamais le droit d'incriminer le chirurgien et de le rendre responsable de pareils accidents.

— M. Polaillon lit un rapport sur un travail de M. le docteur Comballat (de Marseille) relatif à une opération de résection du maxillaire supérieur.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

— M. Berger présente un malade atteint d'anévrysme artérioso-veineux de l'orbite (communication de l'artère carotide interne avec le sinus caverneux). Voici le résumé de l'observation de ce malade : Ce dernier reçut le 2 octobre 1881, sur la région de la tempe droite, un coup de pierre violent qui lui fit une plaie de 3 à 4 centimètres. Les paupières devinrent le siège d'un gonflement énorme et la vision de l'œil droit fut absolument perdue.

Dès le lendemain, le malade se plaignit d'un bruissement continu qui depuis ne fit qu'augmenter, avec des renforcements qui lui rappelaient le tic-tac d'une horloge; il y avait, en outre, de la céphalalgie surtout dans la moitié droite de la tête. Les jours suivants, il moucha et, surtout, il rendit d'une manière continue, par expuition, une assez grande quantité de sang.

Entré à l'hôpital de la Charité vers le commencement de décembre, il présentait l'état suivant : perte complète de la vision à droite; phosphènes complétement abolis; bruissement continuel dans le côté droit de la tête avec renforcements isochrones au pouls, s'exagérant la nuit et empêchant le malade de dormir.

Il existe une exophthalmie notable à droite ; l'occlusion de la fente palpébrale est encore possible; pas de chute de la paupière supérieure.

La conjonctive fait une saillie rouge au niveau du grand angle de l'œil. La région sourcilière présente également une saillie notable. Ces saillies ne sont pas animées de battements visibles à l'œil; les doigts placés à la surface des paupières et comprimant le globe oculaire n'en perçoivent pas non plus. Ces battements deviennent néanmoins manifestes : 1° au niveau de l'œil, quand on le comprime avec le stéthoscope; 2° au niveau de la tumeur de la région surcilière où on les perçoit avec les doigts.

Les doigts appliqués sur la partie la plus saillante de la tumeur surcilière, mais très légèrement, perçoivent un *trill* très doux et presque continu.

L'auscultation, pratiquée au niveau de l'œil, fait entendre un bruit de souffle continu, très fort, mais assez doux, avec renforcement correspondant à la systole cardiaque. Ce souffle s'entend également au niveau de la tumeur de l'arcade surcilière; il se propage en s'atténuant vers la tempe droite. Il n'existe pas sur le trajet des vaisseaux du cou; il disparaît par la compression de la carotide droite.

M. Berger consulte ses collègues sur le parti à prendre en pareil cas. Tous sont d'avis d'attendre avant d'en venir à une opération dont la gravité serait très grande.

Dr A. Tartivel,
Méd.-adj. à l'établ. hydroth. de Bellevue.

## COURRIER

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. le docteur Brierre de Boismont, un des vieux amis et collaborateurs de l'Union Médicale.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 12 décembre 1881, ont été promus dans le Corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Valin :

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Kelsch et Jacob;

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Sorel, Deville, Delmas, Labrevoit, Accolas, Perret et Richard;

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : MM. Kuss, Moullade et Catenac.

— La Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 23 décembre 1881, a procédé au renouvellement de son bureau et à la nomination de ses commissions annuelles pour l'année 1882.

Président, M. Dujardin-Beaumetz; vice-président, M. Millard; secrétaire général, M. Desnos; secrétaires, MM. Duguet et Troisier; trésorier, M. R. Moutard-Martin.

Conseil de famille : MM. H. Gueneau de Mussy, Siredey, Martineau, Landrieux.

Conseil d'administration : MM. Hervieux, Descroizilles, Rendu, Sevestre, Rathery.

Comité de publication : MM. Landouzy, Zuber, Desnos, Duguet, Troisier.

— La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau, qui pour l'année 1882 est composé comme il suit :

Président, M. Chaudé; vice-présidents, MM. Brouardel, Lasègue; secrétaire général, M. T. Gallard; secrétaires des séances, MM. Leblond, Lutaud; trésorier, M. Mayet; archiviste, Ladreit de Lacharrière.

Membres de la commission permanente, chargée de répondre d'urgence aux demandes d'avis motivés, adressées à la Société dans l'intervalle des séances : MM. Chaudé, président, Gallard, secrétaire général, membres de droit; Descoust, Duguet, de Villiers, d'Herbelot, Motet, Lefort, Legrand du Saulle, Riant, Trélat.

Membres du Conseil de famille. — MM. Blanche, Choppin d'Arnouville, de Villiers, Lagneau, Lunier.

Comité de publication. — MM. Gallard, secrétaire général, Boudet, Demauge, Descoust, Le Blond, Lutaud.

Société centrale de médecine vétérinaire. — La Société, dans sa séance du 22 décembre, vient de renouveler son bureau, qui se trouve ainsi constitué pour 1882 :

Président, docteur O. Larcher; vice-président, M. Goubaux; secrétaire général, M. H. Bouley; secrétaire des séances, M. P. Cagny fils (de Senlis); bibliothécaire-archiviste, M. Mathieu; trésorier, M. Prudhomme.

—

— Un jeune médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris, désirerait accompagner dans le Midi un malade devant y passer l'hiver. — S'adresser aux Bureaux du journal.

*Le gérant* RICHELOT.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# CLINIQUE MÉDICALE

## DES ALTÉRATIONS DU TISSU OSSEUX CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 octobre 1881,

Par le Dr M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Dans le courant de la dernière année, nous avons vu trois cas de fractures chez des hémiplégiques pensionnaires de Bicêtre. Notre première idée fut que, chez ces malades, en raison de leur infirmité, le moindre obstacle pouvait devenir l'occasion d'une chute et, par conséquent, d'une fracture. Cette cause n'agit pas seule, car la fracture intéressait toujours le côté paralysé. N'était-il pas rationnel de supposer que les os, dans les hémiplégies anciennes, subissaient des altérations qui diminuaient leur résistance aux divers traumatismes. C'est ce que nous avons pu constater dans diverses autopsies, et notamment dans les suivantes :

OBS. I. — Berthé. Hémiplégie gauche datant de trois ans. Ramollissement intéressant la capsule interne gauche. Le canal médullaire de l'humérus gauche est plus large et la substance osseuse moins compacte que du côté opposé.

OBS. II. — Ehrard, hémiplégique et aphasique depuis plusieurs années. Vaste foyer de ramollissement intéressant les corps opto-striés du côté gauche.

L'humérus droit (côté de l'hémiplégie) pèse 255 grammes, c'est-à-dire 25 grammes de moins que le gauche, dont le poids est de 280 grammes.

L'humérus droit paraît un peu plus volumineux que son congénère.

En sciant les deux os (au même niveau), voici ce que nous constatons du côté droit : 1° La moelle est moins colorée ; 2° le canal médullaire est plus large; 3° la substance osseuse de la diaphyse est moins compacte.

OBS. III. — Dubois, hémiplégie gauche datant de sept ans. Ramollissement du noyau lenticulaire et de la capsule interne. Dégénération secondaire du bulbe, du pédoncule, de la moelle.

Les muscles du côté gauche (paralysé) sont jaunâtres, atrophiés.

L'humérus gauche, moins volumineux que son congénère, est également moins pesant; la différence est de 35 grammes. Le canal médullaire de cet os a le même diamètre que celui du côté opposé, mais la substance osseuse de la diaphyse paraît moins compacte, surtout à sa partie interne, où elle semble se transformer en tissu spongieux.

Dans ces diverses autopsies, nous avons comparé l'humérus du côté sain à l'humérus du côté hémiplégié; les sections transversales destinées à montrer l'altération étaient faites de l'un et l'autre côté, exactement au même niveau, et nous avons constaté que : Du côté paralysé, le canal médullaire de la diaphyse était ordinairement plus large, la substance osseuse moins compacte, plus poreuse.

En comparant le poids des deux humérus, on reconnaissait que l'humérus du côté paralysé avait un poids inférieur (25 gr., 35 gr.) à celui du côté sain.

Notre interne, M. Bouicli, a fait plusieurs préparations histologiques montrant bien la nature de l'altération des os. Il les a obtenues en usant sur la pierre ponce de fines lamelles détachées au même niveau, sur l'humérus de l'un et l'autre côté. Nous avons alors pu constater, du côté malade, une dilatation des canaux de Havers qui ont un diamètre double ou triple du diamètre normal. Cet élargissement des canalicules est d'autant plus marqué qu'on s'éloigne du périoste, et, au voisinage de la moelle, elle est telle que la substance compacte est transformée en substance spongieuse.

M. Yvon a bien voulu, sur notre demande, analyser comparativement deux humérus provenant d'un sujet hémiplégique. Les dosages ont été faits sur une portion de la diaphyse préalablement débarrassée de sa substance médullaire.

| | Côté sain. | Côté de l'hémiplégie. |
|---|---|---|
| Eau | 9,04 | 10,00 |
| Matières organiques | 29,25 | 30,55 |
| — minérales | 61,56 | 59,44 |
| Acide phosphorique | 24,75 | 24,30 |
| Chaux | 29,65 | 30,20 |
| Matières grasses | 0,34 | 1,75 |

La seule différence un peu notable a porté sur le chiffre des matières grasses. Ce qui se concevra facilement si on pense que les canaux de Havers contiennent normalement de la graisse et, dilatés, doivent en contenir une quantité plus considérable. Cette analyse nous montre que la constitution du tissu osseux n'a point varié sous l'influence de la paralysie, il est seulement plus poreux.

Nous avons pris l'humérus comme type des altérations du squelette, mais il est bien entendu qu'elles sont les mêmes dans tout le côté paralysé. Il est facile de s'en assurer sur le crâne par exemple. Si on sectionne les os de la voûte par un trait de scie perpendiculaire à la suture médiane, on reconnaît avec un peu d'attention que du côté de l'hémiplégie la substance osseuse est moins épaisse et moins compacte. Ajoutons que ces lésions sont d'autant plus nettes que la paralysie est plus ancienne.

Ces altérations du tissu osseux ont été incidemment relevées dans quelques observations. Ainsi M. le professeur Bouchard, à propos d'une malade observée dans le service de M. Charcot et morte d'un ramollissement cérébral, signale les lésions du côté paralysé, et dit en parlant du tissu osseux : « de plus, diminution, amincissement du tissu compact de la diaphyse. » (1) Mais nous n'avons nulle part trouvé la mention que l'ostéoporose fut sinon constante du moins d'une extrême fréquence dans l'hémiplégie.

La fragilité des os, la fréquence relative de leurs fractures, nous paraissent suffisamment expliquées par les lésions que nous venons de décrire. Il serait intéressant de savoir si elles interviennent pour modifier la marche habituelle de ces fractures. Il nous est impossible de répondre par des faits personnels, les malades étant en pareille circonstance placés dans un service de chirurgie. Grâce à l'obligeance de notre collègue M. Gillette, nous avons pu consulter les notes recueillies sur les malades de son service, elles montrent que l'hémiplégie n'est pas un obstacle à la consolidation des os, peut-être même est-elle un peu plus rapide, ce qui pourrait s'expliquer par la vascularité plus grande du tissu lésé.

Obs. IV. — Dobenick, 69 ans. Hémiplégie droite datant de quatre ans. Fracture de cuisse le 22 décembre 1880, elle siège au tiers supérieur du fémur. Consolidation en six semaines sans application d'appareil. Raccourcissement du membre. Le cal n'a pas un volume exagéré.

La consolidation a eu lieu en six semaines, elle a donc été rapide, surtout si l'on tient compte de cette particularité qu'il ne fût point mis d'appareil (le motif de cette abstention n'est pas indiqué).

Obs. V. — Evrat. Hémiplégie droite datant de neuf ans. Chute le 2 février. Double fracture du fémur droit. La première fracture est au-dessus du genou, la seconde a l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. On enlève l'appareil le 15 mars. Guérison complète sans raccourcissément.

Cette fracture double du fémur a guéri en quarante et un jour.

Obs. VI. — Huberlie, âgé de 80 ans. Hémiplégie droite datant de deux ans. A la suite d'une chute, le 15 avril, fracture de l'humérus droit à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. Le 7 mai, on enlève l'appareil, on constate que le volume de l'os a notablement augmenté. On roule une simple bande autour du membre. Le malade mourut le 30 mai avec des phénomènes de congestion pulmonaire.

(1) Comptes rendus de la Société de biologie, 1864, p. 9.

La fracture de l'humérus s'est consolidée en vingt-deux jours. Le cal était volumineux.

Malgaigne (1) et Gurlt (2) citent des exemples de fractures survenues daus des membres paralysés et qui guérirent sans complication dans les délais habituels; mais il est nécessaire de remarquer que, dans les faits rapportés par ces auteurs, les causes de la paralysie sont fort diverses, et que plusieurs exemples de Gurlt, notamment, ont trait à des fractures survenues chez des tabétiques. Nous croyons que pour déterminer l'influence d'une maladie du système nerveux sur les solutions de continuité du tissu osseux, il est absolument nécessaire de préciser la nature de la maladie nerveuse, et ne point se contenter du mot paralysie qui englobe des états morbides si divers. C'est ce que nous nous efforcerons de faire toutes les fois que le hasard nous mettra en présence de traumatismes survenus chez des sujets atteints d'affections nerveuses.

(1) Malgaigne. *Traité des fractures.* Paris, 1847, t. I.
(2) Gurlt. *Handbuch fur die Lehre der Knochenbrüchen.* Berlin, 1862, p. 613.

# CONSTITUTION MÉDICALE

## JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE 1881

## RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 novembre 1881 (1),

Par M. Ernest Besnier.

### Le Havre : Bureau d'hygiène. — M. Launay, directeur.

Canton N. 1re section : M. le Dr Boutan. — « Grâce sans doute à la température élevée qui a régné surtout pendant le mois de juillet et les premiers jours du mois d'août, les affections pulmonaires aiguës ont été peu fréquentes chez les enfants, rares chez les adultes, et les affections chroniques du poumon ont déterminé moins de décès.

On a signalé plusieurs cas d'insolation dont quelques-uns, très graves, ont été suivis de mort en quelques heures.

Comme toujours à pareille époque, la gastro-entérite a fait de nombreuses victimes parmi les enfants du premier âge.

La variole dont on avait pu, au courant du mois d'août, espérer la complète disparition, a fait, vers le milieu de septembre, un retour offensif assez accentué. Malgré toutes nos recommandations au sujet de la vaccine, les décès les plus nombreux sont constatés parmi des nouveau-nés non vaccinés,

La scarlatine et la rougeole sont restées rares et peu graves.

La fièvre typhoïde a été moins fréquente et moins souvent mortelle.

La diphthérie a fait d'assez nombreuses victimes; dans certaines circonstances elle a amené rapidement la mort par infection générale, sans intéresser sensiblement le larynx; mais le plus souvent c'est la laryngite pseudo-membraneuse qui a emporté les malades. »

Canton N., 2e section : M. le Dr Maze. — « Le mois de juillet a été très chaud, celui d'août pluvieux, ainsi que le mois de septembre au moins pour la première quinzaine. Aussi la diarrhée et l'entérite fournissent-elles plus de décès en jnillet, principalement chez les enfants nourris à l'aide de féculents indigestes.

La variole a encore occasionné dans ma section : en juillet, 4 décès; en août, 0; en septembre 1 décès.

Signalons dans ce trimestre : 2 décès par diphthérie, 2 par cholérine, 1 par coqueluche, 2 par fièvre typhoïde.

Les rhumatismes ont été assez fréquents.

Les décès par phthisie, et principalement celle de la cinquantaine, ont été nombreux. »

Canton S., 1re section : M. le Dr Lausiès. — « Pendant le troisième trimestre de l'année 1881, l'état sanitaire de ma section a été relativement bon. La variole, qui y avait sévi d'une

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 17, 27 novembre, 3, 11, 24 et 27 décembre.

manière très violente, y est devenue moins fréquente; l'entérite cholériforme des enfants y a fait moins de ravages que pendant la période correspondante de l'année 1880, elle a sévi surtout pendant les trois dernières semaines du mois de juillet et pendant les premiers jours du mois d'août.

La diphthérie a été un peu plus fréquente que pendant le trimestre précédent.

J'ai observé d'assez nombreux cas de rhumatisme et de pleurésie. »

Canton S., 2e section : M. le Dr Lecène.— « Ce sont toujours les affections des voies respiratoires qui font le plus de ravages parmi cette population, en majeure partie composée d'ouvriers travaillant sur les quais et à bord des navires, sans cesse exposés aux variations brusques de la température et à toutes les intempéries, et chez lesquels les excès alcooliques ne sont pas rares.

La variole a violemment sévi dans notre ville depuis près de neuf mois. J'ai constaté que presque tous les enfants qui ont succombé à cette affection n'avaient jamais été vaccinés; je dis « presque tous », parce qu'il s'en est trouvé quelques-uns qui, ayant été vaccinés, ont été atteints de variole bénigne et n'ont succombé qu'aux suites d'une entérite intercurrente. En somme, ces derniers enfants ont été les victimes de l'entérite et non de la variole.

L'entérite infantile a été, en effet, fréquente surtout pendant la première moitié du trimestre.

La fièvre typhoïde, le croup et la diphthérie ont été moins fréquents que pendant le trimestre correspondant de l'année 1880. »

Canton E., 1re section : M. le Dr Le Gad. — « Pendant le trimestre d'été qui vient de s'écouler, la fièvre typhoïde, la cholérine et la dysenterie, chez les adultes, ont été notablement moins nombreuses et moins graves, dans la première section du canton Est, que pendant les deux étés précédents.

L'épidémie annuelle d'entérite a sévi surtout pendant la deuxième quinzaine de juillet et la première quinzaine du mois d'août. Pendant cette période d'un mois, notre malheureuse section fournissait à elle seule plus de la moitié des décès occasionnés dans toute la ville par cette maladie. Et cependant ce quartier de l'Est est un des mieux aérés et où les conditions générales de salubrité semblent des meilleures. En outre, afin d'atténuer les ravages de cette épidémie, l'Administration du Bureau de bienfaisance faisait distribuer gratuitement du lait frais, chaque jour, dans la soirée, aux enfants malades dans les familles indigentes. Seul l'abaissement de la température a pu déterminer la diminution du nombre et de la gravité des cas d'entérite infantile.

Malgré toutes les précautions prises, malgré les mesures d'assainissement largement pratiquées, la variole a continué à sévir dans notre circonscription, et le croup et la diphthérie y restent pour ainsi dire à l'état endémique. Ces affections n'ont cessé de se montrer, presque sans interruption, dans quelques rues où des groupes de maisons habitées par de nombreuses familles indigentes, présentent, outre l'encombrement des logements, la malpropreté la plus déplorable au point de vue de la santé commune. Bien souvent nos reproches ont été insuffisants pour obtenir une amélioration de cet état. Nous devons reconnaître que l'intervention de la police ne nous a pas fait défaut; mais peu de jours après un nettoyage prescrit, et surveillé dans son exécution, tout était retombé dans le même état, escaliers, dalles, lieux d'aisances, cours, etc.. présentaient l'aspect le plus repoussant. Cette négligence des soins les plus élémentaires de la propreté découragerait les plus intrépides. Il est vrai que le manque d'eau dans ces logements est une des premières causes de cet état de choses, et que, dans un avenir qui semble aujourd'hui moins éloigné, nous pouvons espérer de le voir s'améliorer. L'eau à bon marché, distribuée en abondance dans ces logements, en changerait certainement l'aspect et y diminuerait la mortalité. »

Canton E., 2e section : M. le Dr Le Cam. — « Comparé au trimestre correspondant de l'année précédente, le troisième trimestre 1881 a présenté une notable diminution dans le nombre des cas d'entérite infantile, diminution en rapport, sans doute, avec une durée moindre des températures élevées pendant le dernier été.

Quelques cas de diphthérie à signaler sans que cette affection ait revêtu la forme épidémique.

La maladie dominante, la variole, a présenté une recrudescence marquée depuis le commencement de septembre, après une diminution remarquable pendant le mois d'août. Quelques quartiers, ceux de Notre-Dame et du Perrey, peu éprouvés dès le début, subissent actuellement d'assez nombreux cas de cette affection. Par contre, certains autres quartiers, ceux de Saint-François et de l'Eure, très sérieusement atteints au début, se sont maintenus à peu près indemnes pendant ces derniers temps. »

# JOURNAL DES JOURNAUX

La *Revue de chirurgie* du 10 décembre 1881 contient les travaux originaux suivants :

*Expériences sur le catgut employé pour la ligature des artères dans la continuité,* par GROSS et ROHMER. — Beaucoup de chirurgiens ont conservé des doutes sur le catgut ; la divergence des opinions vient de ce que cet agent n'a pas été suffisamment étudié. Les auteurs du présent travail examinent la question de la ligature des artères dans la continuité.

Si les chirurgiens anglais et américains, Lister, Holmes, etc., si MM. Bœckel, de Strasbourg, et M. Gross lui-même ont eu à s'applaudir de l'emploi du catgut, il ne faut pas oublier que Spence, Watson, Woods, Holden ont vu la ligature se relâcher trop vite, et que Watson, White, Langenbeck, etc., ont enregistré des hémorrhagies consécutives.

L'étude expérimentale de la ligature au catgut a été entreprise par divers auteurs, mais la plupart de ces documents sont contradictoires. A leur tour, MM. Gross et Rohmer ont fait une série d'expériences fort intéressantes d'où ils tirent les conclusions suivantes :

1° Les effets immédiats d'une ligature au catgut dans la continuité sont identiques à ceux de la ligature ordinaire. Les tuniques interne et moyenne sont rompues; un caillot se forme. La tunique externe résiste à la striction et se trouve renforcée par un tissu de nouvelle formation, produit sous l'influence de l'irritation que détermine la ligature. Le vaisseau n'est jamais sectionné. La crainte des hémorrhagies secondaires est écartée; la ligature dans la continuité est une opération moins grave qu'autrefois.

2° Quand, pour assujettir le fil, on superpose deux nœuds simples, l'oblitération artérielle n'est que passagère; la ligature se relâche prématurément, les tuniques rompues se cicatrisent, et le calibre du vaisseau se trouve rétabli, parfois très rapidement. Les oblitérations constatées avant le quinzième jour ne doivent pas être considérées comme définitives.

3° Pour obtenir une oblitération permanente, il est indispensable d'éviter le relâchement prématuré de la ligature, et d'assujettir le fil par un nœud de chirurgien auquel on superpose un nœud simple.

*De l'artérite chronique dans le cancer, et de l'hypergénèse de tissu élastique qui l'accompagne,* par A. MAYOR et E. QUÉNU. — En étudiant le système circulatoire des tumeurs cancéreuses, MM. Mayor et Quénu ont rencontré des altérations vasculaires sur lesquelles les pathologistes n'ont pas attiré l'attention. Dans les divers ouvrages, on ne trouve que des renseignements fort incomplets sur l'état des vaisseaux nourriciers des néoplasmes.

Il s'agit, dans le présent travail, d'une artérite chronique très accentuée, accompagnée souvent d'hypergénèse du tissu élastique, que MM. Mayor et Quénu ont trouvé à la périphérie de certaines tumeurs d'origine épithéliale. Onze observations font la base de leur mémoire.

La description histologique se résume ainsi : le calibre des vaisseaux diminue d'une façon très marquée; souvent les artères sont entièrement transformées en une masse offrant la réaction micro-chimique de la substance élastique... Les veines suivent à peu de chose près les mêmes stades de dégénérescence... Les fibres élastiques se forment, non-seulement au niveau des vaisseaux sanguins, mais parfois autour des alvéoles carcinomateux... Enfin, on trouve des traînées de fibres élastiques à une distance plus ou moins considérable de tout conduit vasculaire ou glandulaire.

Après avoir étudié les conditions du développement normal et pathologique de la substance élastique, les auteurs cherchent la pathogénie de cette artérite hypertrophiante à la périphérie des tumeurs, et établissent, après Broca, que les artères et les veines ne pénètrent pas en général dans la profondeur du cancer; qu'elles se ramifient à la surface, et que les capillaires à une seule tunique prédominent dans l'intérieur de la masse morbide. Il en résulte que la circulation y est défectueuse; seules, les parties périphériques, voisines des sources artérielles, continuent à jouir d'une irrigation active. Ne peut-on attribuer à cette gêne circulatoire, augmentée souvent par des compressions ou des oblitérations veineuses, l'hypertrophie pour ainsi dire compensatrice des artères?

Mais la compensation devient insuffisante par suite de rétrécissements, d'oblitérations, de thromboses dans les vaisseaux hypertrophiés; alors la respiration moins parfaite des tissus amène la tranformation graisseuse, la fonte caséeuse de certaines portions, ou même le sphacèle de toute la masse. En d'autres termes, les dégénérescences des néoplasmes épithéliaux seraient intimement liées à l'existence de l'artérite; l'évolution du cancer pourrait se ramener à une action successive et réciproque de la tumeur sur les artères périphériques et de celles-ci sur la tumeurr.

*Du choix des tubes à drainage,* par NICAISE. — L'auteur rappelle en quelques mots les phases par lesquelles a passé, depuis Chassaignac, la méthode du drainage. Arrivant au pro-

cédé moderne et à son importance dans le pansement de Lister, il faut, dit-il, que le tube agisse le moins possible comme corps étranger, irritant, qu'il soit assez large pour donner aux exsudats un écoulement facile et ne pas se laisser obturer par un caillot, enfin qu'il ne soit pas trop long, afin de ne pas toucher la surface de l'os sectionné ou la ligature du tronc artériel principal.

Le drain doit donc remplir certaines conditions de longueur, de diamètre et de propriétés physiques. Après avoir passé en revue les substances qu'on a récemment proposées pour cet usage, M. Nicaise revient aux tubes en caoutchouc, et compare leurs diverses variétés.

En résumé, on doit rejeter l'emploi des tubes gris pulvérulents, qui sont irritants, et de ceux qui restent gris après la désulfuration, car ils n'ont ni résistance, ni élasticité. Il y aurait lieu de généraliser davantage cette exclusion, et de renoncer à tout emploi médical ou chirurgical du caoutchouc gris. Le chirurgien doit se servir uniquement du rouge ou du noir; leurs qualités essentielles sont égales.

Les tubes, largement fenêtrés, doivent être conservés dans un bocal rempli d'une solution phéniquée au vingtième, qui les rend aseptiques. — L.-G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1881. — Présidence de M. Legouest.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. Ladrey (de Dijon) récemment nommé membre correspondant.

2° Une lettre de M. le professeur Picot (de Bordeaux) accompagnant l'envoi d'une série de leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie franche.

3° Un mémoire intitulé : Analyse-examen des eaux servant à alimenter les garnisons de Rennes, Saint-Brieuc, Dinan et Domfort, par M. Barilier, pharmacien-major de l'armée. (Com. des épidémies.)

—

M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur Cadet de Gassicourt, et avec de grands éloges, son exemplaire du deuxième volume de son *Traité clinique des maladies des enfants.*

M. Brouardel dépose une brochure ayant pour titre : *Consultation médicale sur un cas de submersion,* affaire *Fornaraki* (d'Alexandrie).

M. Dechambre présente, 1° au nom de M. le docteur Turner une brochure sur Winter médecin de la fin du XVIe siècle; — 2° Divers articles extraits du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales; il signale en particulier l'article *Skopzy.*

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la première division.

La commission, par l'organe de M. Peter, classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Lambron (de Luchon); — en deuxième ligne, *ex æquo,* MM. Mandon (de Limoges), Manouvriez (de Valenciennes); — en troisième ligne, *ex æquo,* MM. Barailler (de Toulon), Berchon (de Paulhac) et Mignot (de Chantelle).

Le nombre des votants étant de 60, majorité 31, M. Lambron obtient 35 voix, M. Mandon 9, M. Barailler 8, M. Mignot 4, M. Berchon 1, M. Manouvriez 1.

En conséquence, M. Lambron ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national pour la première division.

—

L'Académie procède, par un scrutin, au renouvellement partiel des commissions permanentes. Voici les noms des élus :

Épidémies : MM. Jaccoud, Leblanc, Davaine.

Eaux minérales : MM. Bourdon, Gautier.

Remèdes secrets : MM. Dujardin-Beaumetz, Mialhe.

Vaccine : MM. Blot, Tarnier.

Hygiène de l'enfance : MM. Barthez, Parrot.

—

M. Lagneau lit un rapport sur un travail de MM. Moullie et Darsignac, médecins-majors : *Du recrutement dans le département de Tarn-et-Garonne.*

M. Lagneau montre que la population de ce département, quoique présentant une proportion croissante de jeunes hommes aptes au service militaire, diminue néanmoins d'une manière assez notable par suite de l'excédant des décès sur les naissances.

En France, dont la population totale de 1872 à 1876, en temps de paix, s'est accrue annuellement de 37 individus sur 10,000 habitants, dix-sept départements ont vu leur population diminuer. La plupart de ces départements à population décroissante sont répartis en deux groupes situés dans deux riches régions : l'un, au Nord, comprend les départements de la Manche, du Calvados, de l'Orne, de l'Eure, de la Somme, etc.; l'autre, au Midi, comprend les départements du Lot, du Cantal, du Lot-et-Garonne, du Gers, du Tarn-et-Garonne, de la Haute-Garonne et de l'Ariège.

—

M. Lecorché, médecin des hôpitaux, candidat pour la section de pathologie médicale, lit un travail intitulé : *De la congestion veineuse et de la cirrhose hépatique dans le diabète.* Voici les conclusions de ce travail :

1° La congestion du foie se rencontre fréquemment, pour ne pas dire toujours, dans le cours du diabète. Elle tient à la suractivité fonctionnelle de cet organe, cause de cette affection.

2° La cirrhose atrophique du foie s'observe trop souvent chez les diabétiques pour n'exister chez eux qu'à l'état de coïncidence ; mais elle ne serait toutefois qu'indirectement liée, pour nous, à la congestion de cet organe; elle nous paraît due surtout à l'ingestion exagérée des liquides faite par les malades.

Ce travail est renvoyé à la commission de pathologie médicale.

—

M. Magitot, candidat pour la section des associés libres, lit un mémoire *sur la valeur diagnostique, dans le diabète sucré, de la périostite alvéolaire des mâchoires.* Voici les conclusions de ce travail :

1° L'examen de la bouche fournit au diagnostic du diabète sucré un signe constant.

2° Ce signe consiste dans une lésion du bord alvéolaire désignée sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolaire.*

3° Cette manifestation du diabète, qui appartient au début de la maladie et qui persiste pendant toute la durée, acquiert, dans certaines circonstancee, l'importance d'un *signe révélateur.*

4° L'affection alvéolaire se caractérise, comme signe initial du diabète, par sa première période ou période de simple *déviation des dents.* Par sa seconde période, *ébranlement des dents et catarrhe alvéolaire,* elle répond à la phase d'état de la maladie générale; par sa troisième période ou chute des dents, elle correspond à la phase la plus avancée de la maladie.

5° Au delà de ce dernier terme, si le diabète continue son évolution, les bords alvéolaires peuvent devenir le siège d'une résorption osseuse, consécutive ou non à la gangrène de la gencive. Ce dernier signe est critique et précède de peu ordinairement la terminaison fatale du diabète.

Ce travail est renvoyé à l'examen de la commission des associés libres.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 octobre 1881. — Présidence de M. Charrier.

Suite. — (Voir le numéro du 25 décembre.)

*Hygiène; médecine légale.* — M. Dubrissay, ayant assisté à des séances de crémation à Milan, nous a fait une intéressante communication sur ce sujet : Il est à remarquer que les autopsies sont faites avant la crémation, ce qui est une garantie dans la question médico-légale, soulevée par cette nouvelle méthode.

D'autre part, M. Perrin nous a présenté une note *sur les ptomaïnes, a propos des inconvénients de la crémation, au point de vue de la médecine légale.*

On donne le nom de ptomaïnes à certains alcaloïdes qui se forment au cours de la décomposition cadavérique. Telle ptomaïne rappellera, par ses réactions chimiques, la morphine, la conicine, la vératrine, la nicotine et, par ses effets physiologiques, les agents les plus redoutables. Après les recherches de Selmi, les travaux tout récents de MM. Brouardel et Boutmy ont particulièrement fixé l'attention sur ce sujet. La découverte de Selmi « était pour les « expertises médico-légales, comme une épée de Damoclès » disent MM. Brouardel et Boutmy. Leurs travaux (17 mai 1881, 14 juin 1881), ceux de M. Gautier ont eu pour but de faire disparaître cet obstacle. En même temps que l'on cherche à classer des corps fugitifs, à fixer, par l'analyse, leur composition exacte, on s'efforce de découvrir des réactions qui permettent de les différencier tout d'abord des alcaloïdes classiques des empoisonnements. Pour

MM. Brouardel et Boutmy, le cyanoferride de potassium, mis en présence des bases organiques végétales pures, ou extraites du cadavre après un empoisonnement avéré, ne subit aucune modification. Il est, au contraire, *instantanément* ramené à l'état de cyanoferrure par l'action des ptomaïnes et devient alors capable de former du bleu de Prusse avec les sels de fer. M. Gautier qualifie cette réaction, de moyen précieux de distinguer dans les cas douteux, un alcaloïde artificiel ou cadavérique, d'un alcaloïde naturel doué de propriétés chimiques et physiologiques analogues. Si, certains alcalis végétaux, hyosciamine, émétine, vératrine, réduisent le cyanoferride, ce n'est jamais avec la rapidité caractéristique de l'action des ptomaïnes. MM. Brouardel et Boutmy ont encore présenté une nouvelle réaction des ptomaïnes : c'est la réduction du bromure d'argent. M. Perrin a donc le droit de se rassurer.

*Thérapeutique.* — Vous connaissez le cercle vicieux dans lequel on tourne, quand il s'agit des obèses. Marchez, leur dit-on, vous maigrirez; mais faut-il d'abord qu'ils puissent marcher suffisamment? M. Charrier, dans un mémoire *sur les bains d'air comprimé* ou *l'aérothérapie dans le traitement de l'obésité*, a signalé avec soin les indications et les contre-indications de cette méthode, les dernières se rattachant à la plupart des affections organiques du cœur. Les succès, dit notre collègue, sont remarquables dans les maladies des organes respiratoires, dans les affections ou la respiration est courte et la capacité pulmonaire restreinte, comme dans l'obésité, la goutte, l'asthme, l'emphysème, la bronchite et la laryngite chroniques, par suite de combustions insuffisantes.

Dans les cas d'anémie, le bain d'air comprimé fait engraisser, dans les cas d'obésité, il fait maigrir. Ce qui, de prime abord, semble contradictoire, s'explique facilement quand on étudie le mode d'action de la méthode pneumatique. L'aérothérapie est comme l'hydrothérapie, la méthode régulatrice par excellence : elle fait engraisser les anémiques et fait maigrir les obèses, en relevant les fonctions digestives chez les premiers, et en activant les combustions organiques chez les seconds. La méthode pneumatique, en activant les combustions organiques, fait maigrir sur place, pour ainsi dire. En augmentant la capacité pulmonaire, ce qui se vérifie par le spiromètre, et en brûlant, par l'activité plus grande de la respiration, ce que les obèses ne pouvaient pas brûler, elle met ces derniers dans la possibilité de recommencer à faire de l'exercice. En un mot, maigrir sans faire d'exercice et mettre, par cela même, les obèses en état d'en faire, est le point thérapeutique que M. Charrier s'est attaché à mettre en évidence.

Les médecins qui ont à traiter la constipation sous ses diverses formes, la constipation opiniâtre, liée à la colite dite glutineuse, glaireuse ou membraneuse, savent par expérience combien il est difficile de faire cesser ce symptôme, malgré la diversité des moyens mis en usage, purgatifs, laxatifs, podophyllin et autres médicaments. M. Blondeau, dans une communication *Sur le traitement de la colite glutineuse par l'evonymin*, a signalé les bons effets de l'extrait alcoolique que l'on retire de l'écorce de la racine du *wahoo*, nom sous lequel les Indiens désignent l'*Evonymus atropurpureus*, plante de la famille des *Célastracées* ou *Célestrinées*.

M. Blondeau associe la jusquiame à l'évonymin, de même que Trousseau associait au podophyllin cette solanée, à laquelle il reconnaissait, comme à la belladone, des propriétés laxatives.

Sous ce titre : *De la cautérisation dans les affections intra-thoraciques, et spécialement du traitement des épanchements pleurétiques par les cautères potentiels*, M. Antonin Martin, dans un travail consciencieux, contenant huit observations de malades, considère qu'il y aurait un avantage sérieux à généraliser à d'autres affections pulmonaires que la phthisie l'emploi de la cautérisation ignée, remise en honneur par M. le professeur Peter. Pour M. A. Martin, l'emploi des cautères potentiels dans les épanchements pleurétiques présente des avantages sérieux sur la thoracentèse : 1° chez les personnes pusillanimes, et lorsque la syncope due à la peur est à craindre; 2° chez les tuberculeux; 3° dans les cas de grossesse. Ils peuvent remplacer avantageusement les vésicatoires dans les circonstances où ceux-ci seraient inapplicables. Ils doivent être mis en usage avant de pratiquer la thoracentèse, et celle-ci ne devra être pratiquée que si leur insuccès est bien manifeste.

Dans la discussion qui a suivi, M. Blondeau a fait remarquer que l'auteur avait été un peu loin dans le procès qu'il a fait à la thoracentèse. Il est, en effet, certains cas où il faut absolument la pratiquer, sous peine de voir succomber le malade. Il n'en reste pas moins à M. A. Martin le mérite de réagir en faveur d'une méthode ancienne, injustement délaissée.

M. Charrier, qui vous avait déjà entretenus, à plusieurs reprises, de l'emploi en injections hypodermiques de la solution d'ergot de seigle d'Yvon, dans les cas d'hémorragie causée par la présence de fibromes dans la cavité utérine, et dans les cas d'hémorrhagie *post partum*, a rapporté deux observations constatant les propriétés hémostatiques de cette solution employée topiquement; son avantage immense sur le perchlorure de fer est de ne déterminer aucune douleur.

Supprimer la douleur est un des plus grands bienfaits que la chirurgie peut assurer aujourd'hui aux malheureux patients. A côté de l'éther, du chloroforme, du protoxyde d'azote, voici venir un nouvel agent. *Le bromure d'éthyle employé comme anesthésique général et local*, qui a fourni à M. Lutaud, le sujet d'un intéressant mémoire. Il conclut des expériences de M. le docteur Terrillon, que le bromure d'éthyle, employé en pulvérisation comme anesthésique local, offre une supériorité incontestable sur l'éther. Les vapeurs ne sont pas inflammables ; il présente donc le grand avantage de pouvoir être employé avec le fer rouge et le galvano-cautère. Mais ce nouvel agent a-t-il la même supériorité, lorsqu'il est appliqué à la chirurgie générale ? Présente-t-il une plus grande innocuité que l'éther ou le chloroforme ? On comprend toute l'importance de ces questions que M. Lutaud a résolues avec autant de prudence que de savoir. En ce qui touche la première question, si, d'après les observations de MM. Turnbull, Lévis, Sims, Conner, Terrillon, on peut obtenir avec le bromure d'éthyle une anesthésie assez prolongée, pour pratiquer les plus grandes opérations de la chirurgie, il ressort d'autre part, des faits publiés par les chirurgiens, que cet agent détermine une anesthésie très rapide, parfois fugace, et que le réveil a lieu presque instantanément. Ce sont là des avantages précieux pour les opérations de courte durée, mais ce sont des inconvénients, lorsqu'il est nécessaire de maintenir, pendant plusieurs heures, les malades dans un état complet d'insensibilité et de résolution musculaire.

En ce qui concerne l'innocuité, il est incontestable que MM. Turnbull, Levis et Terrillon n'ont eu ni mort ni accident grave dans les cas qu'ils ont publiés ; mais le nombre des anesthésies pratiquées par le nouvel agent est encore trop restreint, pour qu'il soit permis d'affirmer qu'il est absolument inoffensif.

Cette réserve faite, quant à l'innocuité, M. Lutaud conclut que l'on peut considérer le bromure d'éthyle comme un anesthésique très actif, remarquable surtout par la rapidité de son action et la rapidité de la cessation des phénomènes qu'il détermine, caractères qui semblent lui assigner une place entre le chloroforme et le protoxyde d'azote.

La discussion ne pouvait manquer de s'engager sur les dangers des divers agents anesthésiques. Notre collègue, M. Forget, a soutenu ses préférences pour l'éther, qui lui paraît présenter, au point de vue de l'innocuité, des avantages réels sur le chloroforme. M. Lutaud s'est rangé à l'opinion que l'éther est le moins dangereux de tous les anesthésiques; c'est ce qui explique pourquoi on revient, en Angleterre, à l'emploi de cet agent que les chirurgiens lyonnais et américains n'ont jamais abandonné.

M. le docteur de Gomensoro, de Rio-Janeiro, a lu, à l'appui de sa canditature au titre de membre correspondant, un mémoire *sur le chlorhydrate de pilocarpine dans la thérapeutique oculaire*. En oculistique, la pilocarpine peut s'employer en injections hypodermiques ou en instillations; les effets sont bien distincts, suivant l'un ou l'autre mode d'emploi. Par les injections, les phénomènes généraux sont d'abord observés : des déperditions abondantes de sueur et de salive ont lieu, et ces déperditions s'accompagnent, dit M. de Gomensoro, d'une diminution de la tension oculaire et d'un renouvellement rapide des milieux de l'œil. En instillations, la pilocarpine agit comme un myotique puissant, pouvant se substituer à l'ésérine, sur laquelle elle a le grand avantage de n'être pas si irritante. Vous vous souvenez des observations d'irido-choroïdite rapportées par l'auteur, et traitées avec succès par la pilocarpine.

La multiplication de l'espèce nécessite toujours l'intervention simultanée de deux facteurs. Si la fécondation n'a point lieu, il importe de rechercher les conditions qui peuvent frapper d'une manière négative l'un des facteurs ou les deux en même temps. C'est ainsi que l'attention de M. Charrier s'est portée *sur une cause peu connue de stérilité due à l'acidité du mucus utéro-vaginal*. Dans quelques cas, chez une femme bien portante, les sécrétions utéro-vaginales peuvent être acides, ainsi que le démontre le papier de Tournesol trempé dans ce liquide. Cette acidité peut être un obstacle absolu à la fécondation, les spermatozoïdes étant frappés de mort dans un milieu légèrement acide.

Pour remédier à cet état anormal des liquides utéro-vaginaux, il convient d'instituer un traitement alcalin, boissons alcalines, bains alcalins, injections alcalines tièdes; cet état acide disparaissant et les liquides étant devenus neutres, l'obstacle est levé et la conception peut avoir lieu. Cette disparition de l'acidité, sous l'influence du traitement alcalin, expliquerait les succès que l'on obtient contre la stérilité dans les stations thermales alcalines et sulfuro-alcalines.

Enfin, Messieurs, quelque intéressant que soit le mémoire de M. le docteur Coignard : *De la propriété que possèdent certaines eaux minérales de favoriser l'absorption de l'oxygène* (il s'agit des eaux de Vichy), je suis obligé de me tenir au seul énoncé du titre. Présenté à la dernière séance de l'année, le mémoire de notre collègue a été le sujet d'une discussion très intéressante dans les premières séances de l'année suivante. En opposition à MM. Coignard et

Durand-Fardel, MM. Bouloumié et Reliquet ont produit, le premier un vrai mémoire, le second des considérations pratiques étendues, qui seront insérées dans le bulletin de 1881. Le prochain compte rendu aura tout profit à réunir le travail de M. Coignard aux mémoires de MM. Durand-Fardel, Bouloumié et aux observations de M. Reliquet.

Je ferai valoir les mêmes considérations quant au travail de M. le docteur René Blache, *Réflexions à propos de quelques cas de méningite tuberculeuse guéris chez les enfants.* Ce travail est trop intimement lié aux faits cités par M. Tissier, à la communication de M. Rougon, aux observations de MM. Blondeau et Reliquet, pour se prêter à une analyse isolée.

*Mouvement de la Société.*

Il me reste à vous parler du mouvement de la Société.

Sous la présidence active de notre excellent collègue, M. Collineau, avec l'assistance des secrétaires annuels, M. Lutaud et le zélé M. Cyr, de notre dévoué trésorier, l'honorable M. Perrin, de notre laborieux et savant archiviste, M. Rougon, la prospérité de notre Société ne pouvait que progresser en 1880. Vous leur avez voté, à la fin de leur mandat, des remerciments unanimes et mérités.

Dans le cours de cette année, nous avons acquis trois nouveaux membres titulaires :

MM. René Blache et Henri Thorens, anciens internes distingués des hôpitaux et praticiens de talent; M. Chervin, l'érudit physiologiste et l'habile directeur de l'Institution des Bègues de Paris.

Nous avons admis quatre membres correspondants nationaux : M. Duboué (de Pau), ancien interne des hôpitaux, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, M. Deligny (de Toul), M. Rouvier (de Marseille), et M. Laissus, hydrologue estimé de Salins-Moutiers.

Nous comptons trois membres correspondants étrangers de plus, M. José Pereira Rego Filho, secrétaire de l'Académie impériale de Rio-Janeiro; M. Gomès Torres, professeur à Grenade; M. Codresco, de Berlad (en Roumanie), ancien interne des hôpitaux de Paris, qui, par gratitude, chérit la France à l'égal de sa patrie.

Nous n'avons eu qu'un seul décès à enregistrer, celui du vénéré docteur Belhomme; il avait encore assisté, en janvier, à notre banquet annuel. Nos collègues Collineau et Motet ont fait valoir sur sa tombe, dans un langage aussi élevé que touchant, les titres scientifiques de notre regretté confrère.

Je n'ai pas oublié la dette qu'il m'incombe de payer à la mémoire de nos éminents collègues, MM. Jacquemier, Jolly, Devergie, et de notre affectionné bienfaiteur, M. Duparcque; mais je me vois forcé de remettre l'accomplissement de ce pieux devoir à la première séance de janvier.

Permettez-moi de vous rappeler ici que, dans le cours de 1880, notre savant collègue M. Polaillon a été élu membre de l'Académie de médecine, M. Bouloumié a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, et M. Larcher, officier d'Académie.

Il me faut enfin, à regret, mentionner une démission bien prématurée, que, malgré votre légitime étonnement, vous avez acceptée; celle de M. Dieulafoy, admis, sur sa demande, membre titulaire seulement depuis 1877.

En opposition avec cette défaillance exceptionnelle, il faut l'avouer, je suis heureux de constater avec quel sincère attachement nos éminents confrères, MM. Brierre de Boismont, Nonat, Delasiauve, et le digne M. Baillarger, ancien président de l'Académie de médecine, tiennent à honneur de conserver, jusqu'à ce jour, leur titre de membre titulaire, comme l'a fait, jusqu'à sa mort, le vénéré et généreux Duparcque.

Chers collègues, une Société qui sait inspirer une telle affection, un tel dévouement, doit s'estimer, à bon droit, heureuse et fière. Elle peut compter encore, malgré son grand âge, près d'un siècle, sur une longue et brillante existence.

C'est le vœu le plus cher de votre dévoué secrétaire général, qui vous prie, en terminant, de lui pardonner d'avoir abusé si longtemps de votre bienveillante attention. La richesse et le nombre de vos travaux, voilà sa seule et sa plus éloquente excuse.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements unanimes de la Société.

—

M. Rougon lit une communication intitulée : *A travers les archives de la Société de médecine de Paris depuis l'an IV* (1796) *jusqu'à nos jours.* (Sera publiée prochainement.)

Sur la motion de M. Reliquet, mise aux voix, les membres présents décident à l'unanimité que ce travail, très intéressant, sera imprimé et tiré à part aux frais de la Société.

—

*Élection.* — M. le docteur Kastus (d'Allevard) est élu membre correspondant de la Société de médecine de Paris, à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

*Le secrétaire annuel*, Dr Thorens.

---

**Bulletin des décès de la ville de Paris.** — Semaine au 16 au 22 décembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,088. — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 9. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 34. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 79. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 70. — Bronchites aiguës, 49. — Pneumonie, 79. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 37; au sein et mixte, 29; inconnu, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 114; circulatoire, 81; respiratoire, 70 ; digestif, 63 ; génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 51e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,173 naissances, 286 mariages et 1,088 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,022, 948, 1,039, 1,040. Le chiffre de 1,088 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur à chacun des chiffres des 4 dernières semaines.

La comparaison avec la 50e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la Diphthérie (34 décès au lieu de 60 pendant la 50e semaine), la Coqueluche (3 au lieu de 9), et l'Érysipèle (6 au lieu de 10).

Une aggravation pour la Rougeole (16 au lieu de 10), la Fièvre typhoïde (30 au lieu de 29), et l'infection puerpérale (9 au lieu de 5).

Les décès par Variole et Scarlatine ont atteint les mêmes chiffres que durant la dernière semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux, adressée par l'Assistance publique, accuse un chiffre d'admission inférieur pour la Variole (16 malades reçus du 12 au 18 décembre au lieu de 26 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (28 au lieu de 37); et supérieur pour la Fièvre typhoïde (66 au lieu de 60).

L'examen des âges des décédés fait reconnaître que l'augmentation des décès constatée pour cette semaine a surtout été fournie par les individus âgés de plus de 60 ans. D'un autre côté, en se reportant aux causes de mort, on voit cette augmentation porter principalement sur les affections Cérébro-spinales, sur celles de l'appareil circulatoires et sur les diverses maladies des voies respiratoires. Un plus grand nombre de décès par débilité a également été enregistré.

Nous attirerons l'attention sur le chiffre des décès par Infection puerpérale, qui dépasse de beaucoup la moyenne ordinaire des décès par cette cause. Le quartier du *faubourg du Roule* notamment en a compté 3 cette semaine, chiffre qui paraîtra considérable si on le rapproche du petit nombre de naissances survenues dans ce quartier.

Les décès par Rougeole ont également augmenté. Cette dernière affection semble surtout sévir dans le quartier de *Grenelle*, où depuis six semaines elle a fait 18 victimes.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

---

## COURRIER

Fêtes du jour de l'an. — A l'occasion des fêtes du jour de l'an, la Faculté de médecine de Paris sera fermée le samedi 31 décembre 1881, le lundi 2 et le mardi 3 janvier 1882.

Le registre d'inscriptions du trimestre de janvier 1882 (deuxième semestre de l'année scolaire 1881-1882) sera ouvert le mercredi 4 janvier ; il sera clos le 26 du même mois, à quatre heures du soir. Passé cette date, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle, selon le cas.

Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de une à quatre heures. Les élèves de première et de deuxième années, qui ne sont point assujettis au stage hospitalier, devront prendre leur inscription du 4 au 14 janvier. Les élèves soumis au stage prendront leur inscription du 16 au 26 janvier. Enfin les inscriptions ne pourront être prises

qu'autant que le stage hospitalier et la présence aux travaux pratiques auront été dûment constatés.

Les consignations pour les examens probatoires seront reçues les vendredis et samedis de une heure à quatre heures.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. —M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

| | | | |
|---|---|---|---|
| De MM. les Drs | Alphonse Guérin | Fr. 500 | |
| | Damaschino | 100 | |
| | Rendu | 50 | |
| | Penard, de Versailles | 200 | |
| | Leroy-Dupré | 200 | |
| | Bouillaud | 1,000 | |
| | Cattel, de Saint-Dizier | 500 | |
| | Rotureau | 500 | |
| | Broca | 20 | de rente. |
| | Delpech | 20 | — |
| | Gasté, d'Antibes | 12 | — |
| | Krishaber | 5 | — |
| | Vidal (Emile) | 6 | — |
| | Wickham (Robert) | 12 | — |
| | Basset | 20 | — |

CONGRÈS MÉDICAL DE SÉVILLE. — Un Congrès médical aura lieu à Séville le 9 avril 1882. La commission organisatrice a pour président le docteur D. Antonio Rivera y Ramos, et pour vice-présidents les docteurs D. Domingo Ferreyra et D. Vicente Chiralt y Selma. Le secrétaire général, docteur Raphaël Tunon de Lara, 15, plaza de la Constitucion, Sevilla, reçoit les demandes de renseignements.

Il y aura des membres honoraires, fondateurs, numéraires et souscripteurs.

Les séances auront lieu du 10 au 15 avril inclusivement, et on ne pourra s'y occuper d'autres matières que des sciences médicales.

La langue officielle sera l'espagnol ; mais les membres étrangers pourront parler latin ou français.

Les mémoires, communications et autres travaux destinés au Congrès seront remis à la commission organisatrice avant le 31 mars prochain.

Les lectures ne devront pas durer plus de quinze minutes. Si la longueur des travaux dépasse cette mesure, on en publiera des extraits dans le livre des actes. Les travaux devront se terminer par des conclusions.

Les membres du Congrès pourront présenter des pièces pathologiques, des dessins, des instruments et des malades.

On ne pourra employer plus d'une heure à l'exposition et à la discussion de chaque mémoire : quinze minutes pour la lecture, trois tours de dix minutes pour les objections, et trois autres de cinq minutes pour la réplique.

On pourra faire des communications verbales ; mais on ne pourra présenter aucun travail au Congrès sans être compris dans l'ordre du jour. Il faudra pour cela l'approbation du bureau, auquel on donnera avis vingt-quatre heures d'avance.

Telles sont les principales dispositions adoptées par la commission organisatrice. A ces statuts est joint un programme des questions qui seront traitées au Congrès, et qui roulent sur toutes les branches des sciences médicales, physiologie, pathologie générale, histologie, thérapeutique, chirurgie, ophthalmologie, spécialités diverses.

—



*Le gérant* RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

# OBSTÉTRIQUE

## NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE CLINIQUE DES PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE ;

Par le docteur CANTACUZÈNE.

Il y a quelques jours seulement que nous avons pris connaissance de l'intéressant mémoire lu à la Société de médecine de Paris par M. le docteur P. Budin, intitulé : *Du diagnostic, pendant la grossesse, de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne* (1).

La lecture de ce mémoire nous a rappelé un cas analogue à ceux que M. Budin a décrits, et que nous avons observé pendant notre séjour à la Clinique d'accouchements. En publiant cette observation, nous serons amené, malgré nous, à discuter certains points du mémoire dont nous parlons. Nous sommes sûr que M. Budin, dont nous avons pu apprécier l'extrême bienveillance, voudra bien nous accorder cette permission.

Voici l'observation :

Léonie A..., mécanicienne, âgée de 19 ans, est reçue, le 15 février 1876, à l'hôpital des cliniques. Il y a deux ans environ, première grossesse ; accouchée à terme d'un enfant pesant 2950 grammes, venu par le sommet. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 3 mai 1875; elle est par conséquent à terme.

Nous l'examinons le 18 février. Ventre bien développé, un peu saillant ; écartement peu considérable de la ligne blanche. L'utérus, un peu en antéversion, est incliné à gauche ; il touche par son fond l'appendice xyphoïde et les dernières côtes gauches.

Par le palper, nous trouvons, au niveau de l'aire du détroit supérieur et proéminant fortement dans l'excavation, l'une des deux extrémités de l'ovoïde fœtal, immobilisée, plus accessible à droite, où nous sentons aussi une petite partie fœtale qui repose, pour ainsi dire, dans la fosse iliaque de ce côté. Cette extrémité, assez régulière et résistante, est trop peu volumineuse pour être le siège et, cependant, on sent bien que ce n'est pas la tête.

Au fond de l'utérus (nous avons dit qu'il était incliné à gauche), on sent l'autre extrémité. Celle-là résistante, régulière, non accompagnée de petites parties fœtales, est assez grosse pour un siège, mais trop grosse pour une tête. On ne peut obtenir le ballottement céphalique.

(1) Ce mémoire a été publié dans l'UNION MÉDICALE, n$^{os}$ des 15 et 16 octobre 1881.

# FEUILLETON

## BRIERRE DE BOISMONT.

Il m'est bien douloureux, je vous l'assure, de terminer cette année, dont je n'espérais guère voir la fin, en payant mon tribut de regrets et d'affection à un vieil ami que la mort vient de m'enlever. Quoiqu'il eût atteint un âge (83 ans) qui n'est certes pas la moyenne de la vie humaine, la mort de M. Brierre de Boismont m'afflige vivement, car je perds en lui un ami de plus d'un demi-siècle, ami sûr, sincère, loyal, et d'une inépuisable bonté. Vous trouvez son nom parmi les généreux donateurs de nos Associations de prévoyance ; à toutes les souscriptions ouvertes pour soulager quelque infortune confraternelle, son offrande brillait toujours au premier rang et ce n'était jamais la moindre. Quelquefois même sa générosité n'attendait pas la demande et son cœur semblait avoir la prévision d'un malheur à adoucir..... Je ne résiste pas au plaisir, qui est presque pour moi un devoir, d'en citer un exemple qui m'est personnel.

M. Brierre de Boismont ayant appris les désastres dont les Teutons m'avaient rendu victime à Châtillon, m'adressa le petit billet suivant :

« Cher confrère et ami,

« Je sympathise à votre malheur. Vous pouvez avoir besoin d'argent ; si oui, souvenez-vous que je tiens *illico* à votre disposition quatre billets de mille francs que vous me rendrez quand vous pourrez.

« Votre dévoué, *Signé* : Brierre de Boismont. »

Le plan résistant qui réunit ces deux extrémités, le dos, regarde à gauche et en avant. En suivant ce dos, nous constatons qu'il se continue sans ligne de démarcation avec l'extrémité inférieure. Il n'en est plus de même pour l'extrémité supérieure. Là, nous trouvons une petite dépression, un petit sillon, avant d'arriver sur l'extrémité.

Ce qui augmente la difficulté du palper, au point de vue de l'appréciation exacte des caractères des deux extrémités fœtales, c'est la très petite quantité de liquide amniotique; la paroi utérine, très épaisse chez cette femme, s'adapte, pour ainsi dire, sur le fœtus.

Le développement transversal de l'utérus est très peu marqué.

Le maximum des battements du cœur est à gauche, près de la ligne médiane et *au-dessous de l'ombilic.*

Par le toucher, on sent proéminer dans l'excavation une partie fœtale arrondie, dure en avnt, aun peu moins résistante en arrière; elle ne peut être refoulée dans le bassin. Le col, mesurant 1 cent. et 1/2 environ, ayant ses deux orifices ouverts, est situé à droite et en arrière.

Nous diagnostiquons une présentation du siège en S. S. G. A.

Cette femme est accouchée le surlendemain d'un garçon pesant 3150 grammes venu par le siège en S. S. G. A., mode des fesses.

A l'instigation de notre excellent maître M. Pinard, alors chef de clinique, nous prenons la mesure des diamètres de la tête et du siège de cet enfant. Chose remarquable, les diamètres de la tête l'emportaient de beaucoup sur les diamètres du siège.

Le diamètre bi-iliaque mesurait 8 centimètres 1/2, et le bi-trochantérien 9 centimètres, tandis que le bi-pariétal mesurait 9 centimètres 7; l'occipital de cet enfant présentait une convexité telle que le diamètre occipito-frontal était énorme : il mesurait 13 centimètres. Il est probable que lors de notre examen, c'est suivant ce diamètre que nous saisissions la tête. Le diamètre bi-trochantérien mesurait 10 centimètres 5 chez un autre enfant venu par le sommet et ne pesant que 2830 grammes.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, notre observation est analogue à celles de M. Budin, nous n'avons pas dit identique. En effet, dans le cas que nous avons observé, nous n'avons pas trouvé l'*engagement profond* du siège, qui a été constaté dans toutes les observations publiées par M. Budin. Cela ne change cependant en rien les choses, à notre avis. Les observations de M. Budin, ainsi que la nôtre, se rapportent à des cas de présentations de l'extrémité pelvienne, alors que le fœtus est accommodé, des présentations du siège *franches*, pour employer l'expression de M. Pinard; nous ne verrions aucun inconvénient à nous servir de l'expres-

---

Vous pouvez croire que cet acte de confiance et d'affection, si spontané, si peu provoqué, me toucha profondément, et quoique dans mon malheur j'aie eu le bonheur de pouvoir ne pas accepter cette offre généreuse, je n'en avais pas moins conservé le souvenir le plus reconnaissant, et mes lecteurs ne me blâmeront pas, je l'espère, de le rappeler ici.

M. Brierre de Boismont, né à Rouen, prit à Paris son grade de docteur en 1825. Quoique appartenant à une famille aisée, les premières années de son séjour dans la capitale furent pénibles. Il s'était marié selon son cœur, mais contre le gré de son père, qui jamais ne voulut lui accorder aucun subside. Mais notre confrère avait la jeunesse, le courage, l'énergie, l'amour du travail; il voulait surtout, poussé par la vive affection pour la femme de son choix, procurer à sa compagne les nécessités de l'existence, et il trouva dans les produits de son labeur quotidien les ressources suffisantes à une vie modeste.

Je le vois encore, mon vieil ami, assis sur les derniers gradins du sale amphithéâtre où Blandin faisait son cours d'anatomie descriptive, où Richard donnait ses leçons de botanique, cours et leçons sur lesquels il prenait des notes étendues.

Ces notes se transformèrent en deux ouvrages, l'un *Éléments de botanique,* l'autre un *Traité élémentaire d'anatomie descriptive,* qui a eu deux éditions. Vous doutiez-vous d'un Brierre de Boismont botaniste et anatomiste?

C'est à Brierre de Boismont que Dupuytren doit d'avoir laissé autre chose qu'une tradition.

Les *Leçons orales de clinique chirurgicale,* rédigées en collaboration avec Marx, sont à peu près tout ce qui reste de l'enseignement si retentissant de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. Aucun doute ne s'est jamais élevé sur la parfaite exactitude de ces leçons; elle a été confirmée par le maître lui-même, qui en a connu la première édition publiée en 1833.

sion *définitive* (1), si M. Budin n'avait voulu, à tort selon nous, réserver ce nom aux cas où il existe un engagement prononcé. Nous disons à tort, parce que pas n'est besoin, dans les cas de ce genre, qu'il y ait engagement pour que la présentation soit définitive. En effet, dans ces cas où la quantité de liquide amniotique est minime, où l'utérus est, pour ainsi dire, accolé sur le produit qu'il renferme, le fœtus ne pourrait évoluer à moins de crever l'utérus.

Mais, nous dira-t-on, c'est la même raison qui a décidé M. Budin à choisir un autre nom; M. Pinard nie la possibilité de l'engagement du siège pendant la grossesse, donc... etc. Nous reviendrons plus loin sur ce point. Pour le moment, bornons-nous à dire que le mot *franche* signifie *accommodation*, qu'il y ait ou non engagement; c'est un point capital.

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le palper, chez la femme qui fait le sujet de notre observation, était assez difficile. Il en était de même dans les cas rapportés par M. Budin. L'erreur de diagnostic était par conséquent possible, probable même, si nous n'avions pratiqué le palper, d'après la méthode rigoureuse donnée par M. Pinard. Nous pouvons affirmer, qu'avec un palper méthodique, l'erreur est impossible ; on peut douter parfois, mais l'on ne peut pas se tromper. Et, à ce propos, nous dirons que la crainte manifestée par M. Budin dans le passage suivant de son mémoire, nous semble exagérée : « Il est évident, dit-il, que si, d'une part, on ne pense pas que l'extrémité pelvienne puisse s'engager dans l'excavation pendant la grossesse, et si, d'autre part, on croit que toutes les fois qu'une région fœtale plonge dans l'excavation, il y a une présentation du sommet, on sera exposé à se tromper, etc. » Nous ne nions pas que l'erreur soit possible, si l'on se bornait à interroger l'excavation ; et cependant, même dans ce cas, la chose nous semble difficile, parce qu'il ne suffit pas, croyons-nous, de constater la présence d'une extrémité fœtale au niveau ou dans l'excavation, encore faut-il étudier ses caractères. Mais, quel est le médecin qui pourrait se contenter d'un examen aussi superficiel pour faire son diagnostic ?

Poursuivant le même ordre d'idées, M. Budin dit : « Si les auteurs ne parlent

(1) D'autant plus que M. Pinard, à la page 38 de son *Traité du palper abdominal*, emploie cette expression. Voici ce passage : « On conçoit que l'importance qu'il y a à distinguer ces deux variétés (accidentelles ou fortuites, et franches) n'est pas seulement d'ordre spéculatif, mais bien d'ordre clinique et pratique, car, tandis que l'une peut et doit disparaître, l'autre est *définitive.* »

---

C'est en 1831 qu'il reçut la mission du Comité polonais, avec Legallois, d'aller en Pologne porter les secours de l'art durant la terrible insurrection de Varsovie. Le choléra avait envahi ce malheureux pays et y faisait d'affreux ravages. Notre confrère, après avoir été chargé d'un grand service dans l'hôpital des Gardes, à Varsovie, rentra en France, où il fit paraître l'un des premiers ouvrages sur le choléra qui aient été écrits en notre langue. Le Gouvernement le récompensa de son courage et de cette publication par la croix de la Légion d'honneur.

On doit à notre laborieux confrère un grand nombre de travaux et de mémoires plus ou moins étendus sur des sujets nombreux et divers. Le Dictionnaire de Vapereau en donne l'énumération, et l'on est étonné de l'abondance de ces publications qui ont donné la mesure d'une activité d'esprit prodigieuse et d'une instruction générale bien rare. Cependant, c'est à ses études et à ses publications sur l'aliénation mentale que notre confrère doit surtout sa grande notoriété. Directeur-propriétaire pendant de longues années de deux grands établissements, il y a trouvé une source abondante de faits et d'observations qui ont enrichi ses ouvrages et la science.

Mais, parmi les nombreuses publications dues à cette plume féconde, on distinguera toujours, et ce sera justice, trois ouvrages, dont un seul aurait suffi à faire et à consacrer une réputation. Je veux parler de son *Traité des hallucinations,* dont la lecture est saisissante par le nombre et la singularité des observations; son *Traité du suicide*, répertoire lamentable et tragique de documents officiels, contenant en grand nombre les dernières pensées de ces volontaires de la mort; enfin, son *Traité de la menstruation*, ouvrage qui a obtenu une des couronnes de l'Académie de médecine.

Si j'écrivais une biographie, je n'oublierais pas certainement de citer avec éloge le mémoire de notre confrère sur le *délire aigu*, le récit de son voyage en Italie et ses observations sur

guère de l'engagement du siège pendant la grossesse, ils parlent encore moins des caractères, à l'aide desquels il serait possible de reconnaître cet engagement; M. Pinard lui-même n'y fait aucune allusion. » Nous avouons ne pas bien saisir le sens de cette phrase. M. Budin veut-il parler des moyens à l'aide desquels il serait permis de faire le diagnostic de l'engagement du siège? Mais il nous semble qu'on n'a pas besoin de moyens spéciaux pour reconnaître l'engagement de cette partie. Les moyens qui nous servent à reconnaître que le sommet ou la face sont engagés, nous serviront à reconnaître l'engagement du siège. M. Budin lui-même fait une longue citation du livre de M. Pinard, où il est dit comment il faut s'y prendre pour interroger l'excavation, c'est-à-dire pour reconnaître si cette excavation est vide, ou bien s'il y a engagement. Mais, en dehors de ce moyen, qui est plus nouveau, avons-nous besoin de rappeler le toucher vaginal qui, lui, doit être vieux comme le monde?

Enfin, M. Budin nous donne-t-il des signes nouveaux pour faire le diagnostic de la présentation du siège avec engagement? Il fait son diagnostic à l'aide des signes que nous avons employés nous-mêmes pour arriver à faire le nôtre : caractères de la tête, caractères du siège, dépression cervicale, ballottement céphalique, etc. Or, nous devons l'avouer, et ce n'est que justice, tous ces signes, nous les avons trouvés décrits dans le livre de M. Pinard sur le palper abdominal.

Empressons-nous d'ajouter, cependant, que cette discussion n'enlève rien au mérite du mémoire de M. Budin. M. Budin a prouvé, à l'aide d'observations, que l'engagement du siège est possible pendant la grossesse. L'observation que nous publions vient corroborer son mémoire. Il est vrai que l'engagement n'était pas aussi prononcé; nous nous sommes servi dans notre observation de l'expression « proéminait fortement », nous pourrions dire : le siège était *un peu engagé*. La limite n'est pas bien tranchée; c'est une question d'appréciation.

Un point important de notre observation, sur lequel nous nous permettons d'attirer l'attention, c'est la petitesse des diamètres du siège de l'enfant, relativement à ceux de la tête. En réfléchissant à ce fait, nous avons entrevu alors la possibilité de l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse. Il eût été désirable de connaître les diamètres de la tête et du siège, chez les enfants des observations du mémoire de M. Budin. On aurait trouvé, peut-être, en les comparant à ceux que nous donnons, l'explication de l'engagement considérable qui a été noté. Nous disons *peut-être*, parce que nous savons qu'il y a d'autres éléments en dehors du

---

la *pellagre* et la folie pellagreuse, son mémoire deux fois édité sur l'influence de la *civilisation* sur la production de la folie et je ne sais combien d'autres publications que je suis obligé de ranger dans les nombreux etc., etc.

Les ouvrages de M. Brierre de Boismont se font lire à la fois et par l'intérêt du fond et par l'attrait de la forme. C'était un lettré de la bonne école à qui, si j'en juge par mes impressions, les prosateurs du XVIIIe siècle, Massillon, Voltaire surtout étaient familiers. De très belles pages ne sont pas rares dans les traités des hallucinations et du suicide.

J'ai dit quelle était la bonté, la générosité, la charité de notre ami. Je voudrais dire un mot de sa tolérance. Profondément et sincèrement religieux, il ne criait pas anathème à ceux qui ne partageaient pas ses croyances, il se bornait, me disait-il un jour, à demander leur conversion.

La mort de sa femme, survenue il y a quelques années, l'avait profondément affecté. C'est ici le moment de dire combien le père de notre ami avait été injuste envers celle à laquelle son fils avait donné son affection. En effet, Mme Brierre de Boismont, par son intelligence, son activité et sa vaillance, a certainement contribué autant, — et il disait plus que lui-même, — à l'édification de sa fortune.

Il a trouvé aussi dans Mme Rivet, sa fille, un continuateur aussi intelligent qu'aimable et qui se consacre tout entier aux soins éclairés qu'il prodigue aux personnes du sexe affligées de troubles intellectuels.

Une de ses petites-filles a uni sa destinée à celle d'un de nos jeunes et de nos plus distingués chirurgiens, M. le docteur Duplay.

Dans ce simple, rapide et bien insuffisant hommage rendu à la mémoire de mon vieil ami Brierre de Boismont, il m'en voudrait d'oublier que, dans les commencements difficiles de sa

fœtus, dont on doit tenir compte : nous voulons parler de l'utérus, au point de vue de sa puissance de contraction pendant la grossesse, et des diamètres du bassin. D'ailleurs, la cause de cette accommodation anormale (présentation franche) est indiquée par M. Pinard dans son Traité du palper. A la page 37, il cite, entre autre cause, « le peu de développement de tous les éléments qui constituent l'extrémité pelvienne, alors que la tête offre un développement considérable, sans cependant être pathologique », comme capable de l'engendrer.

M. Budin dit que M. Pinard nie cet engagement pendant la grossesse. Cela est vrai. Cependant, à la page 187 de son livre, M. Pinard, en parlant du manuel opératoire de la version par manœuvres externes dans les cas de présentation du siège, dit : « Tantôt la tête est préhensible, mais l'extrémité pelvienne, bien que non engagée, *se présentant d'aplomb au niveau de l'aire du détroit supérieur*, *proémine légèrement dans l'excavation.* Cela s'observe surtout dans la variété du siège décomplétée (fesses). » On le voit, M. Pinard convient qu'elle peut *proéminer.* Il est évident que les cas observés par M. Pinard étaient analogues à ceux qui nous occupent. Malheureusement, il n'y avait pas d'engagement. Nous inclinons à croire que le jour où M. Pinard rencontrera des cas où cet engagement lui sera démontré, loin de les nier, il s'en servira pour étayer encore plus solidement, si cela était possible, cette belle loi de l'accommodation pendant la grossesse, qu'il a si bien décrite, et qui complète, pour ainsi dire, la fameuse loi de l'accommodation pendant le travail, de notre vénéré maître, M. le professeur Pajot.

## JOURNAL DES JOURNAUX

*Observation de pneumonie double : aiguë à gauche, chronique à droite,* par M. G. Ferré, interne à l'hospice des Vieillards, de Bordeaux. — La malade, âgée de 73 ans, avait été atteinte, il y a deux ans, d'une pneumonie du sommet droit et depuis ce temps éprouvait de la toux et de l'oppression.

Le 25 janvier 1881, elle entre à l'infirmerie avec tous les symptômes d'une pneumonie aiguë à gauche ; pouls rapide et irrégulier, crachats jaunâtres striés de sang, exagération des vibrations thoraciques, souffle bronchique, râles sous-crépitants en avant et au sommet, etc. Elle succombe dans le coma le 18 février suivant.

A l'autopsie, on trouva de l'insuffisance aortique et de la dilatation du ventricule droit. La plèvre droite était dépolie, épaisse et adhérente en avant et latéralement, aux parois thora-

---

carrière, il fut efficacement aidé par M. Germer-Baillière, libraire, le père de notre conseiller municipal actuel, auprès duquel il trouva protection, bons conseils, et, chose plus rare pour un débutant, un éditeur pour ses premiers ouvrages. Aussi l'affection qui unissait ces deux familles ne s'est éteinte qu'avec la vie.

M. Brierre de Boismont faisait partie du Conseil général de l'Association générale des médecins de France depuis la fondation de l'œuvre.

Également depuis sa création jusqu'à ces derniers temps, il était membre du Conseil d'administration de l'Union Médicale.

Amédée Latour.

*P. S.* — Faute d'espace, le docteur Simplice est obligé de renvoyer à la semaine prochaine ce qu'il voulait dire aujourd'hui à ses lecteurs. Mais il les prie d'agréer ses vœux de bonne année, et avec Molière il leur souhaite *Salus, honor et argentum atque bonum appetitum.*

---

Muséum d'histoire naturelle. — Le traitement des aides-naturalistes du Muséum d'histoire naturelle de Paris va subir, à partir du 1er janvier prochain, une augmentation importante. Le minimum sera désormais de 3,000 fr. par an et le maximum de 5,000 fr. Les préparateurs du même établissement verront aussi leur traitement amélioré. Il sera porté de 1,500 à 1,900 fr., comme chiffre minimum et pourra s'élever à 3,900 fr. Nous ne pouvons qu'applaudir vivement à une mesure réclamée depuis longtemps en faveur de savants des plus méritants et dont plusieurs sont docteurs en médecine ou licenciés ès sciences, voire même docteurs ès sciences naturelles.

ciques; la plèvre gauche était moins adhérente. Le poumon gauche, emphysémateux au sommet, hépatisé à la base, tombait au fond de l'eau. Le sommet du poumon droit était chagriné et plissé et renfermait des indurations de matière caséeuse, entourées d'une couche de tissu pulmonaire sclérosé. De plus, il existait des cavités, véritables cavernes limitées par du tissu pulmonaire qui présentait les mêmes altérations.

Il est remarquable que chez cette femme qui se livrait aux excès alcooliques et qui était atteinte d'une pneumonie chronique à droite, se manifestant par la toux, la dyspnée et le souffle caverneux, la lésion aiguë se soit produite du côté sain et non pas du côté malade. (*Journ. de méd. de Bordeaux.* — 4 septembre 1881, p. 49). — Ch. E.

*De l'ignipuncture intra-dermique pour la cure radicale des eczémas invétérés de la face*, par le docteur Chalot, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier. — Dans les eczémas rebelles à toutes les médications internes ou externes, il faut quelquefois avoir recours à la méthode destructive, c'est-à-dire employer l'extirpation au moyen du bistouri, le râclage, la scarification ou la cautérisation. Mais ces moyens ne peuvent être mis en usage dans certaines régions où il faut se préoccuper de l'esthétique, c'est-à-dire ne pas trop défigurer le malade.

L'auteur a, dans ce but, fait usage de l'*ignipuncture multiple de la peau*, c'est-à-dire de la cautérisation au moyen de petits cautères actuels ou de la pointe du cautère Paquelin, chauffés au rouge blanc. La cautérisation doit être profonde, pénétrer dans le derme et quelquefois jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané; de plus, les piqûres doivent être rapprochées les unes des autres, à intervalles de 6 à 7 millimètres et dépasser d'un demi-centimètre la région malade. Le pansement à l'eau tiède phéniquée suffira pour diminuer la douleur et faciliter la chute des eschares. Enfin on pourra, chez les malades pusillanimes, pratiquer l'anesthésie locale par un mélange de sel marin et de glace.

Cette médication a donné de bons résultats à l'auteur, dans plusieurs cas dont quelques-uns étaient des eczémas invétérés de la face. Les piqûres ont été remplacées par de petites cicatrices blanchâtres dont l'aspect était moins désagréable que celui des plaques d'eczéma (*Gaz. hebdom. de Montpellier.* — 17 septembre 1881, p. 446, n° 38). — Ch. E.

*Intoxication par l'atropine en instillations dans l'œil*, par le docteur Foro. — Desmares a observé un cas de mort par l'intoxication consécutive à des instillations d'atropine et De Beauvais a signalé des faits d'intoxication de ce genre, à la Société de médecine de Paris.

Une jeune femme, de 27 ans, était atteinte de cécité presque complète causée par une iritis double avec exsudations papillaires contre lesquels le docteur Foro institua la médication mercurielle à l'intérieur et prescrivit l'usage d'instillation de sulfate neutre d'atropine.

Des accidents toxiques se manifestèrent trois jours après le début de cette médication, sous forme de délire, de congestion de la face et d'irritation du pharynx. On cessa l'emploi de l'atropine; mais quelques jours après, cette médication ayant été de nouveau instituée, des accidents identiques se manifestèrent.

Le même observateur a vu deux fois, chez des enfants, la production de ces phénomènes d'intoxication (*Il Siglo medico.* — Madrid, 7 août 1881, p. 508). — Ch. E.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1881. — Présidence de M. Wurtz.

Un long mémoire de M. Soret nous apprend (?) que depuis deux ans, depuis le 30 décembre 1879, la région de l'Est, en France, la Suisse et le nord de l'Espagne, ont été secoués par de fréquents tremblements de terre (une centaine environ). M. Soret détermine l'étendue de la zone, dans laquelle les secousses ont été ressenties, étendue qui mesure 300 kilomètres de long sur 150 de large. Quant à l'intensité des secousses, elle a été variable selon les localités, et aussi selon les impressions des observateurs. Pour le point de départ du phénomène, il faudrait, en dépouillant minutieusement les observations prises, noter l'endroit où le tremblement s'est fait d'abord sentir. A cet égard, il règne une assez grande incertitude, qui tient à ce que les horloges ne marchent pas ensemble dans les localités différentes. Il serait à désirer que toutes les personnes qui s'occupent des phénomènes naturels, eussent l'heure de Paris, laquelle serait partout transmise, chaque jour, au moyen du télégraphe. Par la même raison, la vitesse de propagation des secousses n'a pu être précisée. Mais on ne s'écarte guère de la réalité, en l'évaluant à 400 mètres par seconde.

M. Bertrand demande le renvoi à une Commission d'un mémoire posthume de M. le capi-

taine d'artillerie Braizet, mort récemment au Sénégal. Ce mémoire est relatif aux erreurs des observations.

M. l'amiral Jurrien de la Gravière, dans une très intéressante communication orale, donne à l'Académie des explications sur la tactique navale, à l'occasion d'un ouvrage que vient de faire paraître, sur ce sujet, M. le capitaine Trèves. Mais, ce qui concerne la guerre n'est pas du ressort des médecins dont la mission, selon l'expression de Desgenettes, est de conserver !

Dans la dernière séance, à la suite de l'exposition faite par M. Blanchard, des raisons qui militent en faveur de la formation récente de la Méditerranée, M. Daubrée, comme nous l'avons dit, avait fait des réserves tirées de la géologie, réserves qu'avait combattues M. Blanchard. Voici ce qu'avait dit M. Daubrée :

« Des faits géologiques démontrent que les eaux de cette mer occupaient, au moins en grande partie, dès une époque très ancienne, l'espace recouvert par la Méditerranée : témoins, entre autres, les dépôts crétacés, éocènes et miocènes qui y sont connus. Plus tard, à l'époque pliocène, la mer dépassait les rivages actuels, ainsi que l'attestent les nombreux dépôts du terrain dit subapennin, qui l'encadrent sur de larges zones, avec un ensemble de fossiles identiques : en Espagne, en Provence, en Italie, en Algérie, au Maroc. De plus, ces mêmes dépôts pliocènes, soulevés aussi à des hauteurs souvent notables au-dessus du niveau de la mer, se montrent dans toute l'étendue du bassin actuel, en de nombreuses îles, aussi bien dans la région occidentale que dans la région orientale; telles sont : Majorque, Minorque, la Corse, la Sardaigne, la Sicile, Milo, Santorin, la Crète, Chypre, qui jalonnent en quelque sorte le domaine de la mer à la fin de l'époque tertiaire.

« Rien ne prouve d'ailleurs que cette nappe d'eau marine fût continue et qu'il n'existât pas quelques langues de terre ou isthmes, par exemple, vers Gibraltar et vers la Sicile, qui auraient pu servir de ponts aux émigrations animales et végétales.

« Enfin, les insectes, qui ont été pris comme exemple, remontent peut-être à une époque bien plus ancienne que la période actuelle; on connaît l'extrême rareté des animaux de cette classe dans les terrains stratifiés. Ceux qui ont été rencontrés dans les couches les plus anciennes ont des formes très comparables à celles que nous voyons aujourd'hui. »

M. Blanchard répond, aujourd'hui, qu'il aurait voulu ne pas revenir sur l'objection de M. Daubrée, mais que, pour éviter toute confusion, il doit insister sur ce point, à savoir qu'il n'a jamais mis en doute l'existence des mers intérieures à l'époque tertiaire. Il croit seulement que l'ancienne mer pliocène, par suite de soulèvements, tels que ceux qui se produisent encore de nos jours, a été mise à sec, que les terres qu'elle séparait ont été unies, et qu'à ce moment l'identité de la flore et de la faune, qu'on constate sur les rivages actuels, a été établie. Il ajoute que ce ne sont pas seulement les insectes qui lui ont fourni des informations à ce sujet, mais qu'il a tenu compte de l'uniformité de tout le règne animal sur le périmètre méditerranéen. D'ailleurs, rien, dans ce qu'il a avancé, ne contrarie les théories des géologues, mais cela ajoute quelque chose à ce que l'on savait. Donc, en résumé, il y a eu des mers anciennes; ces mers ont disparu, les rivages ont communiqué; puis, une irruption de l'Atlantique a rétabli les choses comme nous les voyons aujourd'hui.

M. Hébert est de l'avis de M. Blanchard. Il résulte pour lui d'observations poursuivies depuis longtemps, mais restées inédites jusqu'à ce jour, qu'il y a eu, à la période tertiaire, une mer Méditerranée très salée, puis une phase de dessèchement caractérisée par des dépôts saumâtres, puis un lac d'eau douce, et, enfin, un immense pâturage où vivaient les animaux dont on retrouve les ossements, mélangés à des cailloux, au-dessus des dépôts lacustres. Il croit qu'il s'est passé, à l'âge pliocène, ce qui avait eu lieu déjà à l'âge éocène.

M. Daubrée se félicite d'avoir provoqué ces explications, et il retient la parole pour lire une note sur les cassures terrestres. — M. L.

# VARIÉTÉS

## L'ÉTAT SANITAIRE DES ARMÉES ALLEMANDES ET FRANÇAISES.

Un correspondant du *Progrès militaire* résume une étude intéressante de statistique publiée dans le *Militær-Wochenblatt,* et relative à l'état sanitaire de l'armée allemande, comparé avec celui de l'armée française et autrichienne. Nous en détachons la partie la plus instructive.

En comparant le nombre des malades aux hôpitaux et à l'infirmerie avec le total des présents, on y trouve que la proportion est, en Allemagne, de 5,71 par 1,000; en France, 5,19 seulement. Mais si l'on compare, au contraire, les « malades à la chambre », le rapport est entièrement renversé. On trouve pour la France le chiffre énorme 20,16 par 1,000 en Alle-

magne 5,89. De sorte qu'au total l'ensemble de tous les malades représente pour la France 25,47 par 1,000 du nombre des présents, et en Allemagne 11,60. La durée de traitement des maladies sérieuses (hôpitaux et infirmeries) est en moyenne plus courte en Allemagne qu'en France. Ainsi, aux hôpitaux, cette durée est en France de 28,8 jours, en Allemagne de 22 ; aux infirmeries, les durées sont respectivement 11,6 jours pour la France et 8,7 pour l'Allemagne.

Pour les malades à la chambre, c'est l'inverse : la durée moyenne n'est que de 3 jours en France, tandis qu'elle est de 5,4 jours en Allemagne. En somme, le temps moyen pendant lequel chaque homme se trouverait exempt de service dans le cours d'une année, est de 17 jours en France et de 13 en Allemagne.

La mortalité est double dans l'armée française de ce qu'elle est dans l'armée allemande. Sur un total de 440,614 individus (y compris les officiers), la première en a perdu 4,009, soit 9,09 p. 1,000 du nombre des présents; tandis que la seconde, sur 328,298 (non compris les officiers), n'en a perdu que 1,581, soit 4,83 p. 1,000. Encore, dans ce dernier chiffre, sont comptés 159 hommes du corps des invalides qui, en France, ne figurent pas dans les statistiques. Si on déduit, du total des décédés, les hommes morts par suicide ou accident, la mortalité s'abaisse en France à 8,54 p. 1,000 en Allemagne à 3,70.

Le *Militær-Wochenblatt* entre dans le détail des principales maladies régnantes, et compare à ce point de vue les deux armées. Quelques chiffres sont saillants : pour la variole, en France, 1,037 cas (y compris 4 officiers), dont 38 mortels; en Allemagne, pas un seul, — fait que le journal explique, non sans raison, par la revaccination obligatoire des recrues.

Pour la fièvre typhoïde, l'une des maladies les plus fréquentes, le nombre des cas a été, en France, de 3,780 (y compris 6 officiers), soit 8,6 p. 1,000 de l'effectif présent; en Allemagne, de 1,926 ou 5,8 p. 1,000. Sur les malades traités, il en est mort en France 422, soit 35,2 p. 100; en Allemagne, 190 ou 8,9 p. 100. Cette différence, si défavorable à l'armée française, ne peut être attribuée aux maladies des troupes stationnées hors d'Europe, car à Paris, par exemple, la mortalité des typhoïdiques s'est élevée à 31,1 p. 100, tandis qu'au 19e corps elle a été de de 25,1 p. 100 dans la division d'Alger, — 29,5 p. 100 dans la division d'Oran, — et 58,4 p. 100 dans la province de Constantine.

Les conclusions de l'étude du *Militær-Wochenblatt* sont formulées, aussi bien relativement à l'armée autrichienne que relativement à l'armée française : 1° Nous avons, en Allemagne, moins de malades; 2° la mortalité de ces malades est moins grande, aussi bien pour l'ensemble des maladies que pour chacune d'elles en particulier.

## FORMULAIRE

### Pommade contre l'orchite. — Bourdeaux.

| | |
|---|---|
| Iodoforme. . . . . . . . . . . . . . . . . . | 4 grammes. |
| Vaseline . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 30 — |

Mêlez. — Onctions sur le testicule douloureux, dans le cas d'orchite et de névralgie du cordon. Immobiliser l'organe douloureux au moyen d'un suspensoir convenablement appliqué. — Éviter avec soin l'emploi de la pommade d'iodoforme ou d'une autre pommade iodée avant d'avoir fait disparaître toute trace de pommade mercurielle, si cette dernière avait préalablement servi à enduire le testicule, dans la crainte qu'il ne se forme de l'iodure de mercure, qui agirait comme caustique. — N. G.

## COURRIER

Les ateliers de l'Imprimerie étant fermés Lundi 2 Janvier (fête du JOUR DE L'AN), l'Union Médicale ne paraîtra pas Mardi 3.

Concours pour l'agrégation près les Facultés de médecine. — M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

« Le concours pour l'agrégation près les Facultés de médecine a donné lieu à d'assez nombreuses controverses. On a surtout insisté sur le temps, parfois très long, qu'un certain nombre de candidats sont obligés de passer hors de leur résidence habituelle, sur les changements qui pourraient être apportés à plusieurs épreuves de manière à en augmenter la valeur. Je suis disposé à étudier avec soin ces diverses questions: mais, tout d'abord, il me paraît nécessaire d'appeler les Facultés à en délibérer.

« Sans vouloir en rien ni limiter la discussion, ni empêcher tous les systèmes de se produire, je crois devoir indiquer quelques-unes des idées qui m'ont été soumises, et inviter les Facultés à les examiner dans l'ordre qui est marqué ci-dessous, pour qu'il soit plus facile de comparer les opinions opposées.

« 1° Les épreuves préparatoires pourraient-elles être ramenées (l'appréciation des titres antérieurs des candidats restant toujours un des éléments principaux de l'admissibilité) à des compositions écrites, et quelles devraient être ces compositions ?

« Si ces compositions paraissaient être insuffisantes, elles pourraient être faites au chef-lieu de chaque académie ; il serait facile de les imprimer comme cela se pratique pour l'agrégation de droit. Le candidat qui n'habiterait pas la ville où siégerait le jury ne serait obligé de quitter sa résidence que pour les épreuves définitives.

« 2° Quelle est la valeur de la thèse dans le concours de l'agrégation ? Doit-elle être maintenue, modifiée ou supprimée ? Doit-elle être remplacée par une autre épreuve ? Dans ce cas, quelle serait cette épreuve ?

« 3° L'argumentation doit-elle être maintenue ?

« 4° Quels moyens pratiques pourraient être employés pour diminuer le temps que chaque candidat doit donner aux épreuves définitives, sans affaiblir ces épreuves ?

« Il ne s'agit d'aucune manière de rétablir les agrégations locales, mais de favoriser le recrutement du corps de l'agrégation en faisant disparaître, dans la mesure du possible, les obstacles qui empêchent un certain nombre de jeunes gens de se faire inscrire ; il s'agit surtout d'élever le niveau du concours, en améliorant les épreuves qui peuvent être utilement modifiées. »

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 12 décembre 1881, sont promus dans le corps de santé :

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Villiès, Lauza, Farssac, Carivenc, Yvert, Martin et Vaillard.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : MM. Forestier, Jelh, Beunat et Troupeau.

Le choléra de 1881. — Un rapport officiel du délégué sanitaire anglais, le docteur Dickson, sur le choléra d'Aden, établit bien la responsabilité qui incombe aux autorités anglaises d'Aden dans la propagation du choléra dans le Hedjaz. En effet, il résulte de ce rapport :

1° Que le *Columbian* a apporté le choléra de Bombay à Aden ; c'est ce même navire, qui amenait *en libre pratique*, le 16 septembre, 600 pèlerins à Djeddah ;

2° Que ce navire, au lieu d'être séquestré et désinfecté selon les règles de la science, n'a pas même été signalé aux autorités sanitaires de la mer Rouge, qui de leur côté auraient pu s'en préserver....

Après les dispositions qui ont été prises en Égypte pour la bonne installation des postes quarantenaires d'El-Wedeh, d'El-Tor et des sources de Moïse ; les autres rigueurs quarantenaires, auxquelles les pèlerins seront soumis avant de débarquer en Turquie, et la nature relativement bénigne de l'épidémie, qui n'a presque pas envahi la population sédentaire des villes où elle a éclaté, il y a tout lieu d'espérer que l'*Europe pourra être sauvegardée du choléra cette année.* (*Journal d'hygiène.*)

École préparatoire de médecine de Rouen. — Par arrêté du 16 décembre, M. le ministre de l'instruction publique a décidé qu'un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert, le 29 juin 1882, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscriqtions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine de Nantes. — M. Sauvage est nommé professeur, en remplacement de M. Frangeul, dont le temps d'exercice est expiré. M. Pichon est nommé premier aide d'anatomie en remplacement de M. Aumaire, pour le méme motif. M. Pedrono est nommé second aide d'anatomie en remplacement de M. Pichon, même motif. MM. Vigot et Brossier sont nommés aides de clinique en remplacement de MM. Boiffins et Guillot, démissionnaires.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 19 décembre 1881, la chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Fin du Tome XXXII (Troisième série).

---

*Le gérant,* Richelot.

# TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXXII

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1881.

## A

B



C

D

## G



## H

I



J



K



L



M

**N**



**O**



**P**

R



S

## T



## U



## V

Paris. — Typographie Félix Maltestb et Cᵉ, rue Dussoubs, 22, anc. rue des Deux-Portes-St-Sauveur.